
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Erziehungswissenschaft
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

*Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS:
Zusammenhänge mit dem Erziehungsverhalten der Eltern und
mit Familienroutinen im Alltag*

vorgelegt von
Lena Löffler

Jahr der Einreichung
2018

Dekan: Prof. Dr. Dirk Hagemann
Berater/in: PD Dr. Wolfgang Rauch, Prof. Dr. Silke Hertel

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer *PD Dr. Wolfgang Rauch* für seine Unterstützung und Betreuung während der gesamten Promotion. Seine wissenschaftlichen Ratschläge und Denkanstöße trugen maßgeblich zum Gelingen dieser Dissertation bei.

Ein großer Dank geht an *Prof. Dr. Silke Hertel*, die mir unterstützend zur Seite stand und durch ihre Anregungen neuen Input und neue Ideen zur Umsetzung und Auswertung gab.

Allen *teilnehmenden Familien* sei gedankt, dass sie sich Zeit genommen haben und den Mut aufgebracht haben, sich in ihrem Alltag meinen unbekannten Fragen zu stellen.

Mein ganz besonderer Dank geht an *Jana Pott* und *Patricia Gehring*, die mich bei der Interviewführung, Transkription und Analyse der Interviews unterstützt haben. Ihre Fähigkeit sich zügig und detailliert in eine neue Forschungsmethode und -tradition einzuarbeiten, hat diese Dissertation geprägt. Die Diskussionen zur Methode, zum Thema ADHS, und zu den Interviews, haben diese Arbeit maßgeblich beeinflusst.

Meinen lieben Kolleginnen *Ruth* und *Katja*, die nicht nur fachlich, sondern vor allem emotional eine große Stütze und entscheidende Hilfe waren, möchte ich meinen tiefen Dank aussprechen. In diesen Kreis seien auch *Lena*, *Ivan* und *Bianca* aufgenommen. Auch *Jan* möchte ich für die Unterstützung danken. Ein ganz besonderer Dank geht an *Sabine*, die jeder Frage und jedem Anliegen immer mit der größtmöglichen Unterstützung und Freundlichkeit begegnet ist.

Sarah gilt ein besonders großer Dank, die mit scharfer Präzision diese Dissertation Korrektur gelesen hat und während der gesamten Promotion Freiräume geschaffen hat, in denen ich neue Kraft und Motivation tanken konnte.

Verena danke ich für ihre Geduld und wohlwollende Unterstützung bei der Formatierung und dem letzten Feinschliff.

Meiner Familie danke ich, dass sie mich immer bestärkt haben und meine Motivation in Krisen wieder aufgebaut haben und immer an meine Fähigkeiten geglaubt haben diese Dissertation erfolgreich zu beenden, auch wenn ich dieses Ziel zeitweise aus den Augen verloren hatte.

Meinen Freunden *Trang* und *Andrea* sei gedankt, dass sie meine Launen während der gesamten Bearbeitungszeit in den letzten vier Jahren ausgehalten, ja sogar ausgeglichen haben. Danke für eure jahrelange tiefe Freundschaft.

Meiner Mitbewohnerin *Hanna* danke ich für die Freizeit und Ablenkung von der Dissertation an den Abenden und Wochenenden. Dieser Dank geht auch an *Stefan*, der eine unverzichtbare Stütze in der letzten Phase meiner Dissertation war und mich jederzeit bedingungslos und liebevoll unterstützt hat.

Zusammenfassung

Der Alltag von Familien mit Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist belasteter als der Alltag von Familien, in denen kein Kind mit ADHS lebt. Alltägliche Abläufe wie die Badsituation am Morgen oder die Hausaufgaben am Nachmittag können schon mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Studien zeigen, dass eine klare Struktur im Tagesablauf und Familienroutinen Verbesserung bringen können. Die Eltern haben in ihrem Alltag außerdem Strategien entwickelt, mit den schwierigen Situationen umzugehen. Diese beiden Aspekte bilden jeweils einen Fokus dieser Dissertation und werden mit qualitativen Forschungsmethoden untersucht. Der dritte Fokus dieser Dissertation ist das Kernsymptom Impulsivität bei ADHS. Im Gegensatz zu den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit und Überaktivität ist Impulsivität bei ADHS bislang am wenigsten untersucht und wird deswegen in der vorliegenden Dissertation anhand qualitativer Forschungsmethoden explorativ erfasst. Bisher hat noch keine deutsche Studie den Alltag von Familien mit Kindern mit ADHS, elterliche Strategien zum Umgang mit der ADHS-Symptomatik sowie die Impulsivität der Kinder mit qualitativen Forschungsmethoden untersucht. Als Grundlage dazu dienen Leitfadeninterviews, die transkribiert und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet wurden. Dadurch wird der Alltag, wie ihn die Familien erleben, erfasst. Der Fokus der Exploration liegt auf: (1) der Alltagsstruktur und Familienroutinen, (2) den Strategien der Eltern mit dem Verhalten der Kinder umzugehen, sowie (3) der Impulsivität der Kinder und wie die Eltern diese wahrnehmen. Die Analysen ergaben folgende Ergebnisse: (1) Die Familien können als strukturiert eingestuft werden und haben durchaus einen genauen Ablaufplan der täglichen Aktivitäten. (2) Die Eltern haben eine Vielzahl von Strategien entwickelt, mit der Symptomatik der Kinder umzugehen. (3) Der Impulsivität und besonders der emotionalen Impulsivität kommt eine gesonderte Rolle zu, die den Alltag und den Plan häufig durcheinander bringen und auch die Strategien durchkreuzen, die die Eltern haben, um mit ihren Kindern umzugehen.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	7
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
1 THEORETISCHER HINTERGRUND	8
1.1 Einführende Darstellung der Interviews	8
1.2 Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung	13
1.2.1 Diagnostik der ADHS nach ICD-10	13
1.2.2 Diagnostik nach DSM-5	15
1.2.3 Prävalenz	16
1.2.4 Komorbidität	17
1.3 Beziehungen und Interaktionen zwischen Eltern und ihren Kindern mit ADHS	18
1.4 (Alltags-)Struktur und Routinen in Familien mit ADHS	20
1.5 Strategien in Familien von Kindern mit ADHS	23
1.6 Impulsivität	28
1.6.1 Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS	30
1.6.2 Definition von Impulsivität im Rahmen dieser Dissertation	32
1.7 Überblick und Fragestellungen der vorliegenden Dissertation	34
2 METHODE	39
2.1 Teilnehmer	39
2.2 Erhebungsinstrumente	42
2.2.1 Leitfadeninterview	42
2.2.2 Standardisierte Fragebögen	44
2.3 Durchführung	46
2.4 Datenauswertung	48
2.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse	48
2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse in Bezug auf die Forschungsfragen	50
3 FORSCHUNGSFRAGE I: STRUKTUR IM ALLTAG VON FAMILIEN MIT KINDERN MIT ADHS	53
3.1 Methode Struktur: Evaluative qualitative Inhaltsanalyse	53
3.2 Ergebnisse Struktur	59
3.2.1 Ergebnisse Hauptkategorie Struktur	59

3.2.2 Ergebnisse Subkategorien Struktur	60
3.2.3 Ergebnisse der Subkategorien im Zusammenhang zum FRI	67
3.3 Diskussion Struktur	72
4 FORSCHUNGSFRAGE II: STRATEGIEN VON ELTERN IM UMGANG MIT IHREN KINDERN MIT ADHS.....	74
4.1 Methode Strategien: Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	74
4.2 Ergebnisse Strategien	80
4.2.1 Verhalten des Kindes verändern.....	89
4.2.2 Bewältigung der ADHS-Symptomatik erleichtern	93
4.2.3 Auswirkungen der Symptomatik verändern.....	96
4.3 Diskussion Strategie	98
5 FORSCHUNGSFRAGE III: IMPULSIVITÄT	105
5.1 Methode Impulsivität: Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	105
5.2 Ergebnisse Impulsivität	107
5.2.1 Dimensionen der Impulsivität	109
5.2.2 Charakteristika der Impulsivität	119
5.3 Diskussion Impulsivität	124
5.3.1 Diskussion der Dimensionen der Impulsivität.....	124
5.3.2 Diskussion der Charakteristika der Impulsivität.....	127
6 DISKUSSION.....	129
6.1 Zusammenführung Ergebnisse	129
6.2. Diskussion der Forschungsmethoden	133
6.3 Implikationen für die Praxis	134
6.4 Limitationen.....	138
6.5 Ausblick	140
6.6 Persönliche Abschlussworte	142
LITERATURVERZEICHNIS	143
Erklärung gemäß § 8 (1) c) und d) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften	154
ANHANG	155

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Berufsabschluss der Eltern und aktuelle Berufstätigkeit</i>	42
Tabelle 2 <i>Definitionen der Ausprägungen der Kategorien und Kodierhinweise</i>	56
Tabelle 3 <i>Absoluter und prozentualer Anteil der Familien in den jeweiligen Subkategorien</i>	60
Tabelle 4 <i>Zuordnung der Kategorien zu den Antwortformaten des FRI</i>	68
Tabelle 5 <i>Items der FRI in Zuordnung zu den gebildeten Skalen</i>	69
Tabelle 6 <i>Ergebnisse der qualitativen Analysen im Vergleich zu den Skalen des FRI</i>	71
Tabelle 7 <i>Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang</i>	75
Tabelle 8 <i>Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten</i>	82
Tabelle 9 <i>Anzahl der Codierungen der Subkategorie emotional, Ausbrüche</i>	111
Tabelle 10 <i>Anzahl der Codierungen der Subkategorie gegenwartsbezogen, unreflektiert</i>	114
Tabelle 11 <i>Anzahl der Codierungen der Subkategorie sprunghaft, unbeständig</i>	117
Tabelle 12 <i>Anzahl der Codierungen und Familien in Bezug auf die Charakteristika der Impulsivität</i>	121

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1. Die zwei Dimensionen der Impulsivität: impulsiver Antrieb und Impulskontrolle</i>	33
<i>Abbildung 2. Generelles Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalyse</i>	49
<i>Abbildung 3. Ablauf einer evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen</i>	54
<i>Abbildung 4. Dimensionen der Impulsivität</i>	110
<i>Abbildung 5. Charakteristika der Impulsivität</i>	120

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Einführende Darstellung der Interviews

Fallbeispiel 1

Frau H. ist alleinerziehend (geschieden) und lebt mit ihrem Sohn R. in einem Haus im Vorort von XX-Stadt. Der Vater des Sohnes ist aus dem gemeinsamen Haus ausgezogen, lebt aber im gleichen Stadtteil und beide teilen sich das Sorgerecht. Sie geben sich viel Mühe, die Erziehung ihres Sohnes gemeinsam zu gestalten, beispielsweise begleiten sie ihn gemeinsam zu Fußballspielen. Einmal in der Woche geht der Vater mit dem Sohn zum Fußballtraining und danach übernachtet R. bei ihm. R. ist zum Zeitpunkt des Interviews 9 Jahre alt. Seine Mutter arbeitet Vollzeit als medizinische Fachangestellte in einer Arztpraxis. Sie muss jeden Morgen pünktlich um 8 Uhr die Praxis aufschließen und bis mindestens 16:30 Uhr arbeiten. Jeder Morgen ist eine Herausforderung, denn sobald R. aufwacht, redet er „ohne Punkt und Komma“ und verliert sich in seinen Erzählungen oder beginnt verschiedene Dinge gleichzeitig. Schon morgens möchte er spielen, Musik hören oder etwas basteln. Dafür ist jedoch im morgendlichen Ablauf keine Zeit. Obwohl morgens zwei Stunden vom Wecken bis zum Verlassen des Hauses kalkuliert sind, gibt es schon morgens Streitereien zwischen Mutter und Sohn. R. schafft es nicht, sich morgens alleine im Bad zu waschen und die Zähne zu putzen und sich anschließend anzuziehen. Ständig lässt er sich durch seine Umgebung ablenken. Auch das Frühstück und das anschließende Aus dem Haus gehen, verbunden mit Schulbrot einpacken, Schulranzen und Sportsachen mitnehmen, Schuhe und dem Wetter entsprechende Jacke anziehen, bereiten den beiden große Anstrengung. Die Mutter verspürt durch ihre Arbeitszeiten und den Schulstundenbeginn jeden Morgen einen Druck, der dazu führt, dass sie morgens fast immer im Streit das Haus verlassen. Darüber hinaus berichtet Frau H., dass sie sehr gut mit ihrem Sohn zurechtkommt. Sie spielen gerne Gesellschaftsspiele, puzzeln oder gehen gemeinsam zum

Fußball. Abends lägen sie häufig zusammen auf dem Sofa und würden fernsehen und dabei kuscheln. R. sei insgesamt ein sehr anhängliches Kind. Sie komme auch mit seinen Eigenarten sehr gut zurecht und finde, dies sei alles im normalen Rahmen. Er habe zwar ein gesteigertes Bedürfnis sich zu bewegen, aber so sei sie als Kind auch gewesen.

In der Schule kommt es jedoch zu Problemen. Als R. in die Schule kam, bemängelte die Lehrerin sehr schnell, dass R. nicht am Platz bleiben könne, ständig in der Klasse herumlaufe und sich nicht melde, sondern die Antwort immer in die Klasse rufe. Außerdem könne er sich nur schwer auf eine Aufgabe konzentrieren und lenke die anderen Kinder oft ab. In der zweiten Klasse war der Lernrückstand dadurch so groß, dass er die Klasse wiederholen musste. Die Lehrer¹ wiesen Frau H. darauf hin, R. untersuchen zu lassen, weil sie eine Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vermuteten. R. wurde von einer Kinder- und Jugendlichenpsychiaterin untersucht und erhielt die Diagnose ADHS. Nach weiteren Gesprächen wurde R. auf Medikamente eingestellt. In der Schule lief es besser und R.s Noten verbesserten sich. In den Ferien und am Wochenende nimmt R. keine Medikamente, es sei denn er geht in den Hort. Dort sagen die Erzieherinnen, dass er für die Gruppe nicht tragbar sei, wenn er keine Medikamente nehme. Aussagen der Erzieherinnen wie: „Der springt uns sonst beim Schiffsausflug über Bord“ treffen die Mutter sehr.

Fallbeispiel 2

Familie M. lebt mit ihren drei Kindern in XX-Stadt. Herr M. arbeitet an drei Tagen in der Woche in einer Stadt, die vom Wohnort 300 km entfernt ist, deswegen ist er an diesen Tagen auch abends nicht zu Hause. Frau M. ist für die Hälfte der Woche mit den Kindern alleine. Insgesamt hat das Ehepaar drei Söhne. Der jüngste Sohn ist noch ein Säugling, der mittlere im

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Dissertation nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein und umgekehrt.

Kindergartenalter und der Älteste ist bereits in der Schule. Der älteste Sohn M. (8 Jahre), hat seit einiger Zeit eine ADHS-Diagnose. Er ist in der Schule aufgefallen, weil er sehr still war, sich kaum geäußert hat und meist zu „träumen“ schien. Er blieb mit seinen Leistungen deutlich hinter dem zurück, was die Lehrerin eigentlich von ihm erwartete, fiel jedoch in der Schule nicht weiter negativ auf. Zuhause jedoch hatte M. oft Wutausbrüche und wirkte sehr unzufrieden. Die Mutter kam an den Rand ihrer Möglichkeiten; oft eskalierten die Auseinandersetzungen so, dass Frau M. mit M. herumbrüllte und ihn sogar einmal vor die Haustür sperrte, weil sie sich erhoffte, dass er sich dadurch beruhige. Dies trat jedoch nicht ein und eine Nachbarin bemerkte den laut schreienden Jungen und klingelte bei der Mutter. Auch zwischen den Geschwistern kam es regelmäßig zu lautstarken Auseinandersetzungen und die Nachbarn beschwerten sich. Dies setzte Frau M. weiter unter Druck und sie hatte Angst vor weiteren Auseinandersetzungen. Eine Zeit lang nahm sie selbst Beruhigungsmittel ein um dem Stress standzuhalten. In der Schule und im Hort war M. jedoch ein sehr zurückhaltender Junge, es kam zwar auch dort zu Streitereien mit anderen Kindern, diese konnten jedoch meist in der Situation geklärt werden. Irgendwann wurde Frau M. auf einen Aushang einer Erziehungsberatungsstelle am Schwarzen Brett des Horts aufmerksam und meldete sich dort. Hier wurde sie beraten und M. wurde an eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin überwiesen. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte M. eine ADHS-Diagnose erhalten und ein soziales Kompetenztraining absolviert und wartete auf den Therapiebeginn. Die Situation zuhause hatte sich durch die Beratung in der Erziehungsberatungsstelle und das soziale Kompetenztraining schon etwas entspannt.

Fallbeispiel 3

Das Ehepaar T. hat keine leiblichen Kinder und hat sich entschieden ein Pflegekind bei sich aufzunehmen. L ist jetzt 9 Jahre alt und lebt seit fünf Jahren bei der Familie T., es besteht Besuchskontakt mit seiner leiblichen Mutter. L. lebte sich gut bei der Familie T. ein, war jedoch schon immer ein Kind mit besonderen Bedürfnissen. Frau T. reduzierte ihre Arbeitszeiten und

machte es so möglich mehr Zeit für L. zu haben. Im Kindergarten kam es immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen L. und anderen Kindern. In der Schule wurde deutlich, dass L. sich sehr schlecht konzentrieren konnte, er war für die Lehrerin in der Klasse schwer zu regulieren. Das äußerte sich, indem L. kaum Aufgaben in der Stillarbeit erledigte, seine Banknachbarn oft ablenkte und selbst ständig aufstand und in der Klasse herumlief. Sein Verhalten störte die anderen Kinder und häufig kam es zu Auseinandersetzungen. Hierbei konnte L. recht heftig werden, weil er für sein Alter groß und kräftig war. Diese Verhaltensweisen führten schnell dazu, dass sich nicht nur die Lehrerin, sondern auch die Eltern der Mitschüler über L. beklagten. Aber auch in außerschulischen Sportvereinen und bei anderen sozialen Aktivitäten eckte L. schnell an. Die Pflegeeltern wendeten sich an eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Diese stellte bei L. eine ADHS-Diagnose und L. ist zum Zeitpunkt des Interviews bereits seit zwei Jahren bei ihr in Therapie. Seitdem haben sich L.s Schwierigkeiten im Unterricht und mit anderen Kindern schon stark verbessert. Familie T. ist sehr bemüht, die Ratschläge aus der Therapie umzusetzen, bietet L. einen sehr strukturierten und auf seine Bedürfnisse abgestimmten Tagesablauf und steht in engem Kontakt mit der Klassenlehrerin und der Schule.

Fazit

Dies sind drei beispielhafte Skizzen des Alltags von Familien, in denen ein Kind mit ADHS lebt. Diese kurzen Beschreibungen des Familienalltags sind sehr knappe Zusammenfassungen der Interviews, welche im Rahmen dieser Dissertation geführt wurden und welche als Grundlage für die Ergebnisse dienen, die hier präsentiert werden. Sie sollen einen Eindruck der Interviews vermitteln und in die Datengrundlage einführen. An dieser Stelle könnten weitere Beschreibungen stehen, von anderen Familien, die sich für diese Dissertation bereit erklärt haben, aus ihrem Alltag zu erzählen. Bemerkenswert ist dabei die Bandbreite der unterschiedlichen Familienkonstellationen. Es gab Familien, in denen mehrere Kinder mit ADHS

lebten, Familien, in denen die Eltern, wie in dem obenstehenden Fallbeispiel, alleinerziehend waren, Mütter, wie Väter. Es gab Kinder, die in Pflegefamilien lebten, und Kinder, die zusammen mit ihren Eltern und Großeltern in einem Haus lebten. Jedes Interview ist eine einzigartige Lebensgeschichte. In dieser Dissertation lag der Fokus bei der Analyse der Interviews vor allem auf dem Familienalltag, den elterlichen Strategien und der Impulsivität der Kinder. Trotz der Heterogenität ist allen gemeinsam, dass die Eltern sich sehr um einen gelingenden Alltag und das Wohl ihrer Kinder bemühen und sich in bewundernswertem Maße an die besonderen Eigenschaften ihrer Kinder angepasst haben.

Die Dissertation ist folgendermaßen gegliedert: Zunächst werden die theoretischen Grundlagen zu ADHS erläutert, anschließend die Bedeutung von Struktur, Routinen und Strategien der Eltern im Umgang mit ihren Kindern betrachtet. Daran schließt sich eine Beschreibung der Theorie von Impulsivität an. Im zweiten Teil werden die Methoden beschrieben, mit welchen die Daten dieser Dissertation erhoben wurden. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Forschungsfragen dargestellt und diskutiert.

1.2 Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine psychische Störung des Kindes- und Jugendalters, auch wenn sie in 65-75 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter persistiert (Wilens, Faraone, & Biederman, 2004). Sie ist einer der häufigsten Vorstellungsgründe bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern (Remschmidt, 2005). Die Kinder und Jugendlichen leiden unter den Kernsymptomen Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität (WHO, 2009). Dies zeigt sich vor allem in der Schule, jedoch auch in zwischenmenschlichen Beziehungen zu den Familienmitgliedern, Peers oder Lehrern (Dilling & Freyberger, 2014). Die Diagnose kann entweder nach der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) oder nach dem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) gestellt werden. Da für die Stichprobe in der vorliegenden Dissertation die ICD-10 maßgeblich für die Diagnose war, wird im Folgenden besonders auf die Diagnostik der ICD-10 eingegangen. Die Diagnosekriterien des DSM-5, die vor allem in Nordamerika und in der Forschung Anwendung finden, werden nur kurz erläutert.

1.2.1 Diagnostik der ADHS nach ICD-10

Um als Kind oder Jugendlicher eine psychotherapeutische Behandlung im deutschen Gesundheitssystem in Anspruch nehmen zu können, ist die Diagnose eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiaters nach dem Klassifikationssystem der World Health Organisation (ICD-10) nötig. In der ICD-10 ist die ADHS unter den hyperkinetischen Störungen (F90) gelistet. Die dort aufgeführten psychischen Störungen haben gemeinsam, dass die Symptome im Kindes- und Jugendalter zum ersten Mal

aufgetreten sein müssen, und dass sie durch einen Mangel an Aufmerksamkeit und einen Überschuss an Aktivität gekennzeichnet sind. Im Verhalten der Kinder zeigt sich ein Mangel an Ausdauer, angefangene Tätigkeiten zu Ende zu bringen, vor allem bei Aufgaben, die kognitive Fähigkeiten beanspruchen. Kinder mit ADHS werden häufig bestraft und haben oft eine belastete Beziehung zu Erwachsenen und Gleichaltrigen, auch in der Familie (Schilling, Petermann, & Hampel, 2006). Sekundär kommt häufig dissoziales Verhalten und ein niedriges Selbstwertgefühl hinzu (Dilling & Freyberger, 2014). Unterschieden wird zwischen der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) und der nicht näher bezeichneten hyperkinetischen Störung (F90.9) (WHO, 2009). Die drei Kernsymptome der ADHS sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Diese müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in mehreren Lebensbereichen auftreten und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechen. Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien näher erläutert.

Unaufmerksamkeit. In diesem Kernsymptom sind mit insgesamt neun Kriterien die meisten Kriterien gelistet. Das Verhalten der Kinder ist charakterisiert durch eine Unaufmerksamkeit für Details, die sich zum Beispiel in Flüchtigkeitsfehlern bei den Hausaufgaben zeigt, oder darin, dass auch beim Spielen die Aufmerksamkeit nicht aufrechterhalten werden kann. Außerdem verlieren sie im Alltag häufig Gegenstände oder bekommen Arbeitsaufträge in der Schule oder Zuhause nicht mit, oder scheinen sie nicht zu hören. Oft fallen sie durch ihre Desorganisation auf, sie wirken dadurch vergesslich, abwesend und leicht ablenkbar (Dilling & Freyberger, 2014).

Überaktivität. Kinder und Jugendliche mit ADHS zeigen in vielen Situationen eine übermäßige Aktivität. Dies kann sich zum einen in körperlichen Bewegungen, wie dem ständigem Zappeln mit Händen und Füßen, Herumlaufen, Klettern, oder auch durch nicht am Platz bleiben, wenn es verlangt ist. Zudem kann sich das Kriterium auch, vor allem bei

Jugendlichen, durch eine innere Unruhe ausdrücken. Dabei fallen die Kinder und Jugendlichen oft auf, weil sie diese Muster besonders in Situationen zeigen, in denen körperliche Ruhe gefragt ist, wie beispielsweise im Schulunterricht (Dilling & Freyberger, 2014).

Impulsivität. Die Impulsivität ist mit vier Kriterien das Symptom, das am wenigsten beschrieben wird und von welchem nur eines dieser Kriterien zutreffen muss, damit die Diagnose vergeben werden kann. Wegen der Relevanz für diese Dissertation werden die Kriterien an dieser Stelle wörtlich zitiert: „(1) platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist; (2) können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten nicht, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen; (3) unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein); (4) reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.“ (Dilling & Freyberger, 2014, S.311). Auf eine genauere Definition des Begriffs wird in Kapitel 1.6 eingegangen.

Weitere diagnostische Kriterien sind, dass die Symptome in mehr als einem Lebensbereich (z.B.: Schule, Zuhause, Hort) auftreten und aus mehr als einer Quelle beschrieben werden müssen. Außerdem müssen die Symptome vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben (WHO, 2009).

1.2.2 Diagnostik nach DSM-5

Das DSM-5 ist im Jahr 2013 in der fünften Version erschienen. In der neuen Version haben sich die Diagnosekriterien für ADHS verändert, daher können diese im Bezug zu den ICD-10 Kriterien als aktueller angesehen werden.

Das DSM-5 unterscheidet drei Subtypen der ADHS: (1) ADHS des vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbildes, (2) ADHS des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Erscheinungsbildes, (3) ADHS-gemischtes Erscheinungsbild. Allen Subtypen ist das Diagnosekriterium gleich, dass sie vor dem 12. Lebensjahr begonnen haben müssen.

(1) *ADHS- vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild*: Bei diesem Subtyp fallen die Kinder häufig durch ihre Abwesenheit auf. Sie scheinen vor sich hin zu träumen und bekommen relevante Informationen nicht mit. Dieser Subtyp wird insgesamt weniger häufig als die beiden anderen diagnostiziert. Dies könnte daran liegen, dass die Kinder durch dieses Verhalten weniger auffallen. Außerdem sind mehr Mädchen als Jungen betroffen (Huss, Hölling, Kurth, & Schlack, 2008). (2) *ADHS des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Erscheinungsbildes*: Diese Kinder zeigen nur die Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität, aber nicht der Unaufmerksamkeit. (3) *ADHS des gemischten Erscheinungsbildes*: Diese Kinder sind hyperaktiv-impulsiv sowie unaufmerksam. Sie fallen durch ihren Bewegungsdrang und ihre Zappeligkeit, aber auch durch ihre Unkonzentriertheit auf.

Im Unterschied zur ICD-10 wird die Impulsivität im DSM-5 nicht als alleiniges Kernsymptom aufgeführt, sondern tritt nur in Verbindung mit der Hyperaktivität auf. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Kriterien der ICD-10 strenger angelegt sind als im DSM-5 und dadurch die Diagnosestellung nach DSM-5 niederschwelliger erfolgt.

1.2.3 Prävalenz

ADHS ist eine der am meisten diagnostizierten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters in Deutschland (Remschmidt, 2005). Genaue Prozentzahlen variieren aufgrund von verschiedenen methodischen Problemen, wie beispielsweise die unterschiedlichen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10. Jedoch sprechen Huss, Hölling, Kurth und Schlack (2008) im Rahmen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) von einer deutschlandweiten Prävalenzrate von 4,8 %. Damit liegt Deutschland unter der weltweiten Rate von 5,29% (G. Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Das bedeutet, dass sich statistisch gesehen in jeder Schulklasse ein Kind mit ADHS befindet (DuPaul & Stoner, 2014). Diese Unterschiede werden durch die verschiedenen

Klassifikationssysteme erklärt, da das in Deutschland übliche ICD-10 strengere Kriterien anlegt. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (Huss et al., 2008). Die weltweiten Prävalenzraten haben sich von 1985 bis 2012 nicht erhöht, wenn man standardisierte Diagnosekriterien ansetzt (G. V. Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014)

1.2.4 Komorbidität

Mehr als die Hälfte (60%) der Kinder und Jugendlichen, die mit ADHS diagnostiziert werden, leiden komorbid noch an einer anderen psychischen Störung (Yoshimasu et al., 2012). Kinder mit ADHS entwickeln häufig affektive Störungen, wie Depressionen (Daviss, 2008) oder Angststörungen (Jarrett & Ollendick, 2008). Ebenfalls treten Lern- und Leistungsstörungen, wie Lese-Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie auf (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013). Besonders häufig treten oppositionelle Verhaltensweisen oder eine Störung des Sozialverhaltens auf (Banaschewski et al., 2003). Diese können unterschiedliche Ursachen aufweisen, zum Beispiel können Kinder mit ADHS sich sträuben Dinge zu tun, die viel Konzentration oder Aufmerksamkeit verlangen. Auch auf Zurechtweisungen durch Eltern und andere Erwachsene, welche bei Kindern mit ADHS deutlich häufiger vorkommen als bei Kindern ohne ADHS, können die Kinder mit oppositionellen Antworten kontern (Döpfner, 2008). Diese Verhaltensweisen werden häufig als oppositionelles Verhalten bewertet, was dazu führt, dass bis zu 50% aller Kinder mit einer ADHS-Diagnose auch die Diagnosekriterien für eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens und 30-50% die der Störung des Sozialverhaltens, ohne oppositionelle Verhaltensweisen, erfüllen (Döpfner, 2008). Diese beiden Symptombilder treten so häufig gemeinsam auf, dass sie in der ICD-10 eine eigene Diagnose (F90.1) unter den „hyperkinetischen Störungen“ zugeordnet ist, die „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“. Um diese Störung diagnostizieren zu können, müssen die Kriterien der hyperkinetischen Störung (F90) und die der Störung des Sozialverhaltens (F91) erfüllt sein. Auch in der Stichprobe, die dieser Dissertation zugrunde liegt, haben einige Kinder komorbid

eine diagnostizierte Störung des Sozialverhaltens. Eine genauere Beschreibung der Teilnehmer ist dem Kapitel 2.1 zu entnehmen.

Das symptomatische Verhalten spielt in Familien mit einem Kind mit ADHS eine besondere Rolle, darauf wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

1.3 Beziehungen und Interaktionen zwischen Eltern und ihren Kindern mit ADHS

Der Alltag von Familien mit ADHS ist, wie eingangs beschrieben, eine Herausforderung für die Familien. Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern mit ADHS sind häufiger belastet als andere Eltern-Kind-Beziehungen (Barkley, 2002; DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001; Seipp & Johnston, 2005). Studien zeigen, dass überdurchschnittlich viele Eltern und Geschwister von Kindern mit ADHS selbst psychische Probleme oder psychische Störungen haben, 40% aller Eltern sind selbst von ADHS betroffen (Krause & Krause, 2013; Schilling et al., 2006). Außerdem weisen die Familienmitglieder eine erhöhte Depressionsrate auf (Kendall, 1998). Das bedeutet, dass nicht nur das Verhalten des Kindes sich auf das Erziehungsverhalten der Eltern auswirkt, sondern, dass auch die Eltern häufig schon eine Vorbelastung mit in die Eltern-Kind-Interaktion bringen. Ihre eigenen Belastungen und Schwierigkeiten beeinflussen den Umgang mit ihren Kindern (Johnston & Mash, 2001). Je nach Schwere der ADHS-Symptomatik, wie Unaufmerksamkeit und Impulsivität, führt dies bei den Eltern zu mehr disziplinarischen Maßnahmen, weniger positivem Erziehungsverhalten oder auch zu vermehrtem Rückzug aus der Interaktion mit dem Kind. Dies mündet in gesteigertem aggressiven Verhalten des Kindes und der Beeinträchtigung seiner sozialen Kompetenzen und dessen sozialem Funktionsniveau (Deault, 2010; Johnston & Jassy, 2007; Kaiser, McBurnett, & Pfiffner, 2011). Diese wechselseitige Interaktion kann in einem negativen Kreislauf, einem Teufelskreislauf, wie Barkley (2002) ihn benennt, münden. Er beschreibt diesen in sechs Schritten: (1) die Eltern mit psychischen Problemen sind vom Verhalten ihrer Kinder schneller

gestresst als Eltern ohne psychische Probleme; (2) dies kann im zweiten Schritt dazu führen, dass sie schneller gereizt sind und härtere Strafen einsetzen als Eltern ohne psychische Belastung; (3) dadurch wird das Kind weniger ermutigt, gelobt und bekommt weniger Zuwendung als bei anderen Eltern; (4) im Laufe der Zeit reagieren die Kinder mit mehr aufsässigem Verhalten auf diese Sanktionen; (5) dies verstärkt die Wahrnehmung der Eltern, dass sie härter durchgreifen müssen, wie bereits im ersten Punkt beschrieben, und der (6) Kreislauf beginnt von neuem. Dies bedeutet nicht, dass die Eltern die Ursache der ADHS der Kinder sind, sie können vielmehr ein möglicher auslösender und aufrechterhaltender Faktor sein. In einer qualitativen Studie von Segal (2001) berichten Mütter, dass sie ihrer intuitiven Mutterrolle nicht nachgehen konnten, weil die damit verbundenen Erziehungsstrategien nicht zielführend waren und dass sie deswegen neue erlernen mussten. Auch andere Erziehungshilfen, die bei Kindern ohne ADHS helfen, zeigen keine oder nur wenig Wirkung bei Kindern mit ADHS (Moen, Hall-Lord, & Hedelin, 2011). Die Eltern haben darüber hinaus ein höheres Erziehungsstresslevel und ein verringertes Gefühl von Erziehungskompetenz (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992).

Hallberg, Klingberg, Reichenberg und Möller (2008) haben Eltern von jugendlichen Töchtern mit ADHS befragt und konnten als Hauptproblem der Eltern finden, dass sie sich permanent „at the edge of one's capability“ (S.52) fühlten, also am Rande ihrer persönlichen Möglichkeiten. Die Empfindung des persönlichen Stresses der Eltern ist gleichzeitig sehr hoch. Darüber hinaus erfahren die Eltern weniger Unterstützung von Freunden und Familie, was zu weniger Lebensqualität führt (Bull & Whelan, 2006; Goodwillie, 2014). Oft fühlen sich Mütter alleine für ihre Kinder verantwortlich und trauen anderen Personen, teilweise nicht einmal den Vätern, die Betreuung der Kinder zu (Bull & Whelan, 2006). Dadurch sind sie isolierter als andere Mütter und auch den Kindern fehlt es an unterschiedlichen sozialen Lernmöglichkeiten. Daraus folgt unter anderem, dass sie persönliche Interessen und Belange in den Hintergrund

stellen; auch dies wirkt sich negativ auf die Entwicklung der Kinder und der eigenen Persönlichkeit aus (Moen et al., 2011). Aber nicht nur im privaten Bereich zeigen sich Einschränkungen. Die Eltern berichteten auch, dass die Diagnosestellung ihrer Kinder einen Einschnitt in der beruflichen Planung und Karriere darstellte, denn die Betreuung der Kinder erforderte mehr Zeit. Die Eltern mussten beispielsweise ständig „auf Abruf“ sein und dies machte normale Arbeitsroutinen nicht mehr möglich (Hallberg et al., 2008; Segal, 2001). Auch das Familienleben wird von den Kindern mit ADHS stark beeinflusst. Viele der Aggressionen, welche die Kinder mit ADHS haben, tragen sie unter Geschwistern aus. Mehrere Studien berichten auch von Eheproblemen aufgrund der Symptomatik (Fischer, Barkley, Edelbrock, & Smallish, 1990). Zusammenfassend kann man sagen, dass die Eltern und die Kinder mit ADHS häufig eine belastete Beziehung zueinander haben, die noch von weiteren Faktoren beeinflusst wird und die sich auch auf das gesamte Familien- und Alltagsleben auswirkt. Im folgenden Kapitel werden die Alltagsstruktur und die Routinen in Familien mit Kindern mit ADHS dargestellt.

1.4 (Alltags-)Struktur und Routinen in Familien mit ADHS

„Routines are important for keeping a family strong“ (Jensen, James, Boyce, & Hartnett, 1983). In jeder Familie gibt es Routinen, die im Alltag eine wichtige Rolle spielen, maßgeblich an einem gelingenden Alltag beteiligt sind und wichtig für eine gelingende Kindesentwicklung sind (Israel, Roderick, & Ivanova, 2002). Boyce und Kollegen (1983) haben den Family Routines Inventory (*FRI*) entwickelt und dafür Familienroutinen folgendermaßen beschrieben: *Familienroutinen sind Verhaltensweisen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie mindestens zwei Familienmitglieder betreffen, für diese vorhersehbar sind und von Tag zu Tag und/oder von Woche zu Woche in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.* Typische Routinen sind regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten, gleiche Abläufe am Abend in der Zu-Bett-

geh-Situation, bei den Hausaufgaben und bei stillen Beschäftigungen, wie Lesen oder Spielen (Boyce et al., 1983). Sie bilden ein Gerüst innerhalb von Familien, welches für jede Familie individuell ist und dabei einem eigenen Aufbau folgt. Dieser gibt der jeweiligen Familie Stabilität, Zusammengehörigkeit und mehr Zufriedenheit. Damit bilden Routinen eine wichtige Ressource in der Bewältigung des täglichen Stresses, der in jeder Familie erlebt wird (Jensen et al., 1983).

Familiäre Routinen geben den Kindern Sicherheit, Stabilität, Kontinuität und Stärke, sowie Solidarität, die den Zusammenhalt in den Familien stärkt. Auch die emotionale Kompetenz wird durch Familienroutinen positiv verstärkt (Fiese et al., 2002; Keltner, 1990).

Routinen wie beispielsweise regelmäßige Essenszeiten tragen dazu bei, dass Kinder weniger fettleibig werden (Fiese, Hammons, & Grigsby-Toussaint, 2012). Dieser Zusammenhang scheint nicht überraschend, es zeigte sich ebenfalls, dass es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der gemeinsamen Mahlzeiten und positiven sozialen Fertigkeiten gibt, und gleichzeitig weniger problematisches Verhalten. Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse ist, dass die gemeinsam verbrachte Zeit die sozialen Fertigkeiten, zum Beispiel durch die gemeinsamen Gespräche während des Essens, die Kinder fördert und die Eltern-Kind-Beziehung dauerhaft verbessert (Lora, Sisson, DeGrace, & Morris, 2014).

Bei Bachelorstudenten konnte mehr Selbstregulation festgestellt werden, wenn sie von regelmäßigen Essenszeiten in ihrer Kindheit in den Herkunftsfamilien berichteten. Ein möglicher Erklärungsansatz ist hier, dass die Routinen des wiederkehrenden gemeinsamen Essens, verbunden mit der Planung, Zubereitung und Durchführung dazu führt, dass die Kinder diese Strategien lernen und im späteren Leben für sich nutzen (Malatras & Israel, 2013). Am Beispiel der Studien zu den gemeinsamen Mahlzeiten lässt sich exemplarisch zeigen, dass Routinen und gemeinsam verbrachte Zeit die Kinder gegenwärtig und zukünftig in verschiedenen Lebensbereichen fördern und stärken.

Nicht nur im Familienleben während der Kindheit, sondern auch im Verlauf des Lebens spielen Familienroutinen eine entscheidende Rolle. Eine hohe Stabilität in der Familie während der Kindheit führt zu besserem Zeitmanagement und weniger Aufmerksamkeitsproblemen bei Bachelorstudenten (Malatras, Israel, Sokolowski, & Ryan, 2016). Ivanova und Israel (Ivanova & Israel, 2005) konnten in der Retrospektive ebenfalls zeigen, dass familiäre Stabilität einen protektiven Faktor gegen depressive Symptome darstellt. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sie in einer weiteren Studie zeigen konnten, dass die Einschätzung der Kinder zu familiärer Stabilität einen größeren Nutzen als protektiver Faktor hatte als die Einschätzung der Eltern (Ivanova & Israel, 2006).

Besonders für Kinder mit ADHS sind Struktur und Routinen im Alltag entscheidend. Eltern von Kindern mit ADHS berichten ein höheres Stresslevel in Bezug auf das Verhalten ihrer Kinder und auf dysfunktionale Interaktionen im Vergleich zu Eltern der Kontrollgruppe (DuPaul et al., 2001).

Zu den Symptomen der ADHS gehört, dass die Kinder sich in Einzelheiten und das eigentlich angestrebte Ziel aus den Augen verlieren. Ein klar strukturierter Alltag kann hilfreich sein, die täglichen Dinge nacheinander zu bewältigen. Segal (1998) zeigte mit der Analyse von narrativen Interviews, dass Familien mit Kindern mit ADHS Probleme in den alltäglichen Abläufen haben, und dass besonders die morgendlichen Abläufe herausfordernd sind, wenn die Kinder in die Schule und die Eltern zur Arbeit müssen und ein externer, zeitlicher Druck besteht. Eine zweite kritische Herausforderung bildet, laut Segal (1998), die Durchführung der Hausaufgaben. Firmin and Phillips (2009) replizierten diese Ergebnisse und konnten zusätzlich auch die Zu-Bett-geh-Situation als stark belastend markieren. Struktur und Routine stellten sich in diesem Zusammenhang als hilfreich heraus. Der Unterschied zwischen den belasteten Familien und den weniger belasteten Familien war der, dass die weniger belasteten Familien einen genauen Ablaufplan des Tages hatten.

Auch in Elterntrainings (z.B.: Triple P: Positive Parenting Programme) wird den Eltern vermittelt, dass es wichtig ist, dass die Kinder eine Struktur an die Hand bekommen und Routinen in der Familie förderlich sind, um den Ablauf des Tages zu gestalten (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002).

Kinder, die vermehrt von Familienroutinen in ihren Familien berichten, werden von den Lehrern im Schnitt als weniger oppositionell eingeschätzt, unabhängig von ihrer Hyperaktivität und Impulsivität (Lanza & Drabick, 2011). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Familienroutinen einen mediierenden Einfluss auf das oppositionelle Verhalten der Kinder haben (Lanza & Drabick, 2011). In diesem Kontext erscheint es sinnvoll, dass viele Elterntrainings für Eltern von Kindern mit ADHS einen Schwerpunkt auf die Strukturierung des Tages und der Woche legen (Lanza & Drabick, 2011). Auch in den Leitlinien zur Therapie der ADHS der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) ist ein wichtiger Aspekt, dass den Eltern geraten wird, die Abläufe in der Familie zu strukturieren, weil Kinder und Jugendliche mit ADHS ein Problem mit der Selbststeuerung und Selbstregulation haben, wie unter Kapitel 1.2.1 bereits beschrieben.

Beispielsweise kann durch einen Ablaufplan des Tages, der für alle Familienmitglieder zu jederzeit einsehbar ist, gewährleistet werden, dass alle Familienmitglieder sich informieren können, was wann stattfindet. Dies ist eine mögliche Strategie, die Struktur und Routine in der Familie begünstigen kann. Eltern nutzen eine Vielzahl von Strategien, bewusst oder unbewusst, um mit dem Verhalten ihrer Kinder umzugehen. Im Folgenden wird darauf Bezug genommen.

1.5 Strategien in Familien von Kindern mit ADHS

„Wir müssen zu dieser Entwicklung, zu dieser wunderbaren Kraft die notwendige Hilfe geben. Sie verlangt Herzenswärme, sie verlangt Verstehen. Lasst uns diese Hilfe Erziehung nennen“ (Montessori, 1992, S.84). Dieses Zitat von Maria Montessori beschreibt ein ideales Bild

von Erziehung. Wie bisher in dieser Dissertation dargestellt, kann es jedoch auch zu weniger idealen Entwicklungs- und Erziehungsprozessen im Alltag von Familien kommen. Fuhrer (2009) beschreibt eine Veränderung unserer Gesellschaft hin zu individuellen Wertesystemen, welche es für die Eltern die Erziehung ihrer Kinder schwieriger macht, weil bestehende Werte und Normen zur Orientierung fehlen.

Es ist unbestritten, dass das elterliche Erziehungsverhalten einen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder hat und gleichzeitig ist in der Forschung auch unbestritten, dass nur unbefriedigend beantwortet werden kann, welche Einflussfaktoren genau zu einem gelingenden oder misslingenden Entwicklungsprozess der Kinder beitragen (Franiek & Reichle, 2007; Fuhrer, 2009). Hart, Newell und Olsen (2003) beschreiben drei Dimensionen von Erziehung, die sie dauerhaft als wichtig im Kontext gelingender Erziehung erachten. Diese sind: (1) elterliche Unterstützung, (2) Verhaltenskontrolle, (3) Gewährung und Förderung von psychologischer und emotionaler Autonomie der Kinder. Eine weitere Möglichkeit zur Beschreibung und Einschätzung des Elternverhaltens sind Erziehungsstile. Baumrind hat bereits in den 1970er Jahren in zahlreichen Studien Erziehungsstile von Eltern untersucht und dabei vier herausgearbeitet: (1) den autoritativen (akzeptierend und kontrollierend, dabei auch fördernd und unterstützend), (2) den autoritären (sehr fordernd und kontrollierend, aber sehr auf das Elternverhalten zentriert), (3) den permissiven (kaum Kontrolle, kaum Anforderungen und viel Eigenverantwortung auf Seiten der Kinder, aber eine akzeptierende Haltung) und (4) den vernachlässigenden Erziehungsstil (ablehnend dem Kind gegenüber, wenig Sensibilität und Akzeptanz auf Seiten der Eltern). Diese wirken sich unterschiedlich auf die Entwicklung der Kinder aus (Zusammenfassung und Überblick über Baumrinds Forschung zu Erziehungsstilen in Fuhrer (2009)).

Die Eltern-Kind-Beziehung ist ein komplexes System, was als wechselseitig angesehen werden sollte (Franiek & Reichle, 2007). Ardel und Eccles (2001) beschreiben eine

Abhängigkeit der erlebten Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung und dem Erziehungsverhalten. Demnach wenden Eltern mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung in ihrer Erziehung auch mehr förderliche Erziehungsstrategien an. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für den schulischen, sozialen und psychologischen Erfolg der Kinder.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass das Erziehungsverhalten der Eltern und die klinischen Auffälligkeiten der Kinder in Zusammenhang stehen, die Kausalitätsrichtung jedoch nicht abschließend geklärt werden kann (Frick, Christian, & Wootton, 1999).

Wie in Kapitel 1.3 dargestellt, sind die Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern mit ADHS im Vergleich zu anderen Familien stärker belastet (Barkley, 2002).

Kinder mit ADHS zeigen mehr unangemessenes Verhalten als Kinder ohne ADHS (DuPaul et al., 2001). Eltern von Kindern mit ADHS zeigen dreimal mehr negatives Verhalten gegenüber ihren Kindern als die Kontrollgruppe, wenn es darum geht, Aufgaben und Aktivitäten durchzuführen (DuPaul et al., 2001). In einer Studie untersuchten Kaiser, McBurnett und Pfiffner (2011) den Zusammenhang der Schwere der ADHS-Symptomatik der Kinder, positivem sowie negativem Erziehungsverhalten und dem sozialen Funktionsniveau der Kinder. Dabei konnten sie zeigen, dass mit der Schwere der Symptomatik auch die sozialen Beeinträchtigungen und das aggressive Verhalten ansteigen, bei gleichzeitigem Anstieg von negativen Erziehungsstrategien der Eltern. Des Weiteren erleben die Eltern ein verringertes Gefühl von Erziehungskompetenz und ein erhöhtes Erziehungsstresslevel (Anastopoulos et al., 1992). Ihre intuitiv angewendeten Erziehungsstrategien sind nicht immer zielführend (Segal, 2001). Außerdem zeigt sich, dass Erziehungshilfen, die bei Kindern ohne ADHS zielführend sind, teilweise keine oder nur wenig Wirkung bei Kindern mit ADHS versprechen (Moen et al., 2011). Zusammenfassend kann man schlussfolgern, dass die Eltern im Umgang mit ihren Kindern auch andere Strategien entwickeln müssen, um mit dem Verhalten der Kinder umzugehen. In Elterntrainings und der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Psychotherapie (dgkjp) (2007) ist die Voraussetzung für die Durchführung von Elterntrainings zunächst die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen und das Vorhandensein von Ressourcen, die dazu nötig sind. Wichtigster Bestandteil ist die Vermittlung, dem Problemverhalten der Kinder mit positiver Verstärkung und negativen Konsequenzen entgegenzutreten. Dies kann konkret mit Token-Systemen, Verstärker-Entzug oder Auszeiten geschehen. Außerdem wird geraten, dass die Eltern ab dem Schulalter der Kinder Selbstmanagement-Interventionen der Kinder unterstützen. Bei problematischen familiären Beziehungen raten sie zu therapeutischen Interventionen, bei denen die gesamte Familie involviert ist. In qualitativen Studien wurde der Umgang von Eltern mit ihren Kindern mit ADHS untersucht. Es zeigte sich, dass Eltern schwierige Situationen im Voraus planen, um dadurch Konflikte zu vermeiden (Firmin & Phillips, 2009). Sie versuchen, durch eigenes proaktives Verhalten die Situationen positiv zu beeinflussen (Goodwillie, 2014). In vielen Studien geben die Eltern an, dass sie sich spezielles Wissen über die Störung und die damit verbundenen Verhaltensweisen aneignen (Lin, Huang, & Hung, 2009; Moen et al., 2011; Segal, 2001). Andere häufig auftauchende Strategien sind Lob und Belohnungen für gewünschtes Verhalten. Diese werden oft in Verbindung mit Token-Systemen eingesetzt, die Kinder können sich durch erwünschtes Verhalten Punkte verdienen, die sie bei einer bestimmten Anzahl in eine Belohnung eintauschen können. Bei Störverhalten werden entweder Punkte gestrichen oder es kommen keine neuen hinzu, wodurch es länger dauert bis die Belohnung erreicht wird (Bull & Whelan, 2006; Firmin & Phillips, 2009; Kendall & Shelton, 2003).

Eine weitere Strategie der Eltern ist eine sehr genaue Überwachung der Kinder und deren Verhalten. Dies wird von anderen Eltern eher als kontrollierend und überängstlich bewertet. Die Eltern von Kindern mit ADHS sehen dies jedoch als notwendig an, um Konflikte und Gefahren vom Kind abzuwenden (Goodwillie, 2014; Segal, 2001). In diesem Zusammenhang konnte man bei den Eltern aber auch einen gegensätzlichen Prozess der

Bewältigung feststellen. Die Eltern gaben mit steigendem Alter des Kindes stetig die Verantwortung für das Kind ab und benennen dies als einen Schritt des Loslassens und der eigenen Bewältigung (Kendall, 1998). Dieser Schritt geht einher mit einer vermehrten Hinwendung zu den eigenen Bedürfnissen und der Akzeptanz. Die Eltern nahmen unter anderem an Entspannungskursen oder Selbsthilfegruppen teil (Kendall & Shelton, 2003). Auch eine Neubewertung der eigenen Lebensziele, Träume und Erwartungen wird von den Eltern angegeben, um den Alltag zu bewältigen, es findet insgesamt eine Hinwendung zu positiven Denken statt, um den Alltag positiv neu zu gestalten (Lin et al., 2009; Segal, 2001).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Eltern grundsätzlich durch ihr Erziehungsverhalten einen Einfluss auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder nehmen. Das Verhalten der Kinder auf der anderen Seite beeinflusst jedoch auch das Erziehungsverhalten und die Strategien, die die Eltern nutzen um mit dem Verhalten ihrer Kinder umzugehen.

In dieser Arbeit werden die grundlegenden Strategien untersucht, welche die Eltern von Kindern mit ADHS in ihrem Alltag anwenden, um diesen zu meistern. In diesem Zuge wurde eine Definition von Strategie im Umgang mit den ADHS-Symptomen von der Arbeitsgruppe erarbeitet. Diese Definition dient als Grundlage der Datenauswertung:

Als Strategie im Umgang mit den ADHS-Symptomen des Kindes werden alle Verhaltensweisen der Eltern gezählt, die entweder darauf ausgelegt sind, das Verhalten des Kindes oder die Auswirkungen der Symptomatik auf das eigene Leben oder das des Kindes zu verändern oder die persönliche Bewältigung der ADHS-Symptomatik zu erleichtern. Dies umfasst alle Handlungen, deren Ziel es ist, den Umgang mit den ADHS-Symptomen zu beeinflussen. Hierbei muss das Ziel nicht unmittelbar oder notwendigerweise genannt werden, sondern muss sich sinnvoll aus dem Zusammenhang ergeben.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit ist nicht nur der generelle Umgang und der Alltag der Eltern mit ihren Kindern mit ADHS, sondern im speziellen der Umgang mit der Impulsivität

der Kinder. Deswegen wird im Folgenden zunächst allgemein das Konstrukt Impulsivität erläutert und dann genauer auf dieses Konstrukt im Kontext ADHS und dem Familienalltag eingegangen.

1.6 Impulsivität

Impulsivität wurde zuvor bereits als Diagnosekriterium für ADHS beschrieben (Kapitel 1.2.1). An dieser Stelle soll zunächst noch einmal allgemein auf Impulsivität eingegangen werden, im Verlauf wird das Konstrukt spezifisch für ADHS beschrieben und dann für diese Dissertation definiert.

Im „Wörterbuch Psychologie“ von Fröhlich (2005) wird Impulsivität auf zweierlei Arten definiert. Die erste bezeichnet gemäß J. Kagan einen kognitiven Stil, „der sich in der raschen, jedoch unpräzisen Informationsnutzung bei Wahrnehmungs- und Denkaufgaben zeigt, sobald es auf die besondere Beachtung geringfügiger Details ankommt“ (Fröhlich, 2005, S.254). Als Gegenteil wird hier Reflexivität genannt. Die zweite Bedeutung beschreibt die „überdauernde Neigung, unbesonnen aus dem Augenblick heraus zu handeln, die möglichen Konsequenzen außer Acht zu lassen und sich von neuen, gegebenenfalls irrelevanten Ereignissen leicht ablenken zu lassen“ (Fröhlich, 2005, S.254). Impulsivität wird als eine „Eigenschaft, der handlungsorientierten Persönlichkeit mit ihrem Defizit an inhibitorischer Kontrolle“ beschrieben (Fröhlich, 2005, S.254). Während die erste Definition sich auf die Kognition bezieht, ist die zweite Definition auf das Verhalten bezogen und unmittelbar beobachtbar und dadurch relevant für die Erzählungen der Eltern in dieser Dissertation. Denn auch sie beschreiben das Verhalten der Kinder und nicht die Kognitionen der Kinder.

Evenden (1999) beschreibt Impulsivität nicht als ein alleinstehendes Phänomen, sondern als „varieties of impulsivity“. Er führt demnach verschiedene Aspekte auf, aus denen sich letztendlich das Konstrukt Impulsivität zusammensetzen lässt. Zusammenfassend

beschreibt er Impulsivität als: „actions that are poorly conceived, prematurely expressed, unduly risky, or inappropriate to the situation and that often result in undesirable outcomes“ (J. L. Evenden, 1999, S.348). Dickman (1990) macht eine Unterscheidung zwischen funktionaler und dysfunktionaler Impulsivität, schnelles Handeln muss daher nicht automatisch negative Konsequenzen haben, sondern kann beispielsweise in kreativen Prozessen genutzt werden (Dickman, 1990).

Wenn man Impulsivität allgemein als Eigenschaft von Personen begreift, dann ist es auch möglich diese zu erfassen. Dazu gibt es beispielsweise Fragebögen, wie die Barrat-Impulsivitätsskala (Patton & Stanford, 1995).

Impulsivität spielt auch bei anderen psychischen Störungen eine entscheidende Rolle. Nicht nur bei ADHS ist sie ein Diagnosekriterium, sondern auch bei weiteren psychischen Störungen (WHO, 2009). Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung beispielsweise ist die Impulsivität durch Impulse gekennzeichnet, denen ohne Berücksichtigung von Konsequenzen nachgegangen wird. Daraus entstehen zum Beispiel emotionale Ausbrüche und eine Unfähigkeit das eigene Verhalten in bestimmten Situationen zu steuern (WHO, 2009). Die Impulskontrollstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen berichten, dass sie einen inneren Drang verspüren, dem sie nachgehen müssen, dabei kann keine vernünftige Motivation für das Verhalten gefunden werden und die Handlung geht mit einem Kontrollverlust einher. Beispielhafte Handlungen sind Spielen oder Kaufen (WHO, 2009). In diesem Zusammenhang spielt die Impulsivität auch bei Suchterkrankungen, Bipolaren Störungen und Essstörungen eine Rolle (WHO, 2009).

Ganz aktuell wird kontrovers diskutiert, ob die neu im DSM-5 aufgenommene Störung *Internet Gaming Disorder*, bei der es über den andauernden und wiederholten Gebrauch des Internets geht, beispielsweise zum Online-Spielen. Auch hier wird diskutiert, ob ein Defizit in der

Impulskontrolle dazu führt, dass die Spieler nicht aufhören können zu Spielen und sich daher in den Online-Spielen verlieren (Petry, 2009; Wölfling, Leménager, Peukert, & Batra, 2013).

Evenden (1999) berichtet in einem Review auch von experimentellen Settings in denen Impulsivität getestet wurde. Auf biologischer Ebene scheinen der Serotonin-Stoffwechsel und der Frontallappen eine Rolle zu spielen (J. Evenden, 1999).

Impulsivität wird oft als ein vorschnelles Handeln, welches sich durch risikoreiches und situationsunangemessenes Verhalten äußert, beschrieben und mit Sucht, Delinquenz oder körperlichem Schaden in Verbindung gebracht, eine impulsive Handlung oder Entscheidung kann jedoch auch Vorteile mit sich bringen.

Im Rahmen dieser Dissertation soll das Konstrukt der Impulsivität erweitert werden und für die ADHS ausgedehnter erfasst und beschrieben werden. Deswegen wird im Folgenden auf die Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS eingegangen.

1.6.1 Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

In den Diagnosekriterien des DSM-5 taucht die Impulsivität nur in Verbindung mit der Hyperaktivität auf und auch in der ICD-10 spielt Impulsivität als Kernsymptom eine untergeordnete Rolle. Eine genauere Beschreibung der Diagnosekriterien und der Diagnosestellung sind dem Kapitel 1.2.1 zu entnehmen. An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass die Impulsivität bei der Diagnostik also in beiden Klassifikationssystemen nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Es gibt kein Therapieprogramm, welches sich ausschließlich oder schwerpunktmäßig mit dem Kernsymptom Impulsivität befasst. Also ist in diesem Punkt festzuhalten, dass die Impulsivität auch im therapeutischen Bereich weniger Beachtung findet. Dies steht im Widerspruch zu negativen psychosozialen Beeinträchtigungen, die für die Kinder mit ADHS mit der Impulsivität einhergehen. Sie haben deutlich weniger dyadische Freunde als Kinder ohne ADHS (Hoza et al., 2005) und haben eine verringerte Lebensqualität (Nijmeijer et al., 2008;

Steinhausen et al., 2006). Sie sind bei Klassenkameraden weniger beliebt und werden genannt, wenn Klassenkameraden benennen sollen, wen sie nicht so gerne mögen (Hoza et al., 2005). Sie sind nicht nur weniger beliebt bei Gleichaltrigen, sondern haben zudem auch emotionale Schwierigkeiten, die mit ihrer Impulsivität zusammenzuhängen scheinen. Barkley und Murphy (2010) führen diese Schwierigkeiten auf ein Konstrukt zurück, was sie emotionale Impulsivität nennen. Diese Impulsivität unterscheidet sich deutlich vom Diagnosekriterium „impulsiv-hyperaktiv“ des DSM-5. Sie konnten zeigen, dass diese bei Erwachsenen mit ADHS sehr häufig zu finden ist und deutlich ausgeprägter ist als bei einer klinischen Vergleichsstichprobe (andere psychische Erkrankungen) und als bei der gesunden Kontrollgruppe. Die emotionale Impulsivität, wie sie Barkley und Murphy (2010) beschreiben, ist gekennzeichnet durch eine geringe Frustrationstoleranz, Stimmungsschwankungen, Jähzorn und Probleme die eigenen Gefühle zu regulieren. Die Autoren plädieren dafür, diese emotionale Impulsivität auch als Diagnosekriterium aufzunehmen. Sobanski und Kollegen (2010) haben in einer großen internationalen Studie emotionale Labilität bei Kindern mit ADHS in Verbindung mit komorbiden psychischen Störungen untersucht und herausgestellt, dass es bei Kindern mit ADHS eine emotionale Labilität (emotional lability) gibt, die nicht durch eine Störung des Sozialverhaltens oder andere psychische Störungen zu erklären ist. Sie weisen ebenfalls daraufhin, dass diese emotionale Labilität, die im weitesten Sinne Barkley und Murphy (2010) als emotionale Impulsivität bezeichnen, ein wichtiges Merkmal der ADHS ist und nicht mit dem oppositionellen Verhalten der Störung des Sozialverhaltens zu verwechseln ist. Sie konnten zeigen, dass diese Symptome besonders im Jugendalter bestehen bleiben, wohingegen Überaktivität und Unkonzentriertheit über die Lebensspanne typischerweise abnehmen. Somit kommt dieser Form der Impulsivität eine besondere und überdauernde Rolle zu.

Abschließend kann nicht geklärt werden, wie die beiden aufgeführten Punkte der emotionalen Labilität bzw. emotionalen Impulsivität mit den Problemen bei den sozialen

Interaktionen zusammenhängen. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Kinder mit ADHS durch ihre Impulsivität in zwischenmenschlichen Beziehungen als komisch oder anders wahrgenommen werden, weil ihre Reaktionen nicht in das soziale, erwünschte Setting passen. Dies könnte erklären, wieso sie von Klassenkameraden und auch in anderen sozialen Situationen gemieden werden (Cadesky, Mota, & Schachar, 2000).

Es scheint also eine Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu geben, die nicht ausreichend durch das Diagnosekriterium Impulsivität oder hyperaktiv-impulsiv erfasst wird. Aufgrund dieses Mangels scheint es wichtig die Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS weiter zu untersuchen. In dieser Dissertation wird mit qualitativen Forschungsmethoden der Versuch unternommen, das Konstrukt zu erweitern. Dafür wird im Folgenden das Konstrukt Impulsivität für diese Arbeit definiert.

1.6.2 Definition von Impulsivität im Rahmen dieser Dissertation

Impulsivität ist ein Konstrukt, welches nicht einheitlich definiert ist. In dieser Dissertation ist es zunächst als Diagnosekriterium für ADHS von Bedeutung, wie in Kapitel 1.2.1 nachzulesen ist. Eine Definition ist unabdingbar zur Analyse der Interviews, jedoch muss diese gleichzeitig auch so offen formuliert sein, dass sie neue Erkenntnisse zulässt. Um dieser Gratwanderung gerecht zu werden, wurde als Grundlage eine Definition gewählt, die auf Herpertz und Saß (1997) zurückzuführen ist. Diese konzeptualisiert die Impulsivität im Kontext psychischer Störungen. Zentral sind die beiden Dimensionen impulsiver Antrieb und Impulskontrolle. Impulsives Verhalten ist demnach eine Folge aus hohem impulsiven Antrieb und einer geringen Selbstkontrolle. Der impulsive Antrieb ist eng an das Temperament der Person geknüpft und zeigt sich auf mehreren Ebenen (Kognition, Emotion und Verhalten). Dieser Antrieb steht in ständiger Wechselbeziehung zur Impulskontrolle, die dafür entscheidend ist, ob die Handlung ausgeführt oder unterdrückt wird. Ein weiterer einflussreicher Faktor in dieser Wechselbeziehung ist der Affekt. So drückt sich ein heftiger und rasch aufschießender

Ärger-Affekt in Kombination mit geringer Impulskontrolle in einer aggressiven Handlung aus und ein ängstlicher Affekt in Vermeidungsverhalten (Herpertz & Saß, 1997). Genauso kann auch ein freudiger Affekt zu spontanen Jubellauten und anderen Vokalisationen oder auch körperlichen Berührungen führen (Herpertz & Saß, 1997). Diese Affekte sind bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in großem Maß zu finden. Herpertz und Saß (1997) beschreiben den Mangel an Impulskontrolle als einen Mangel an Selbstregulation.

Für diese Arbeit ist die Definition von Impulsivität somit kurzgefasst: das Zusammenspiel eines hohen impulsiven Antriebs und einer geringen Impulskontrolle. Dies zeigt Abbildung 1.

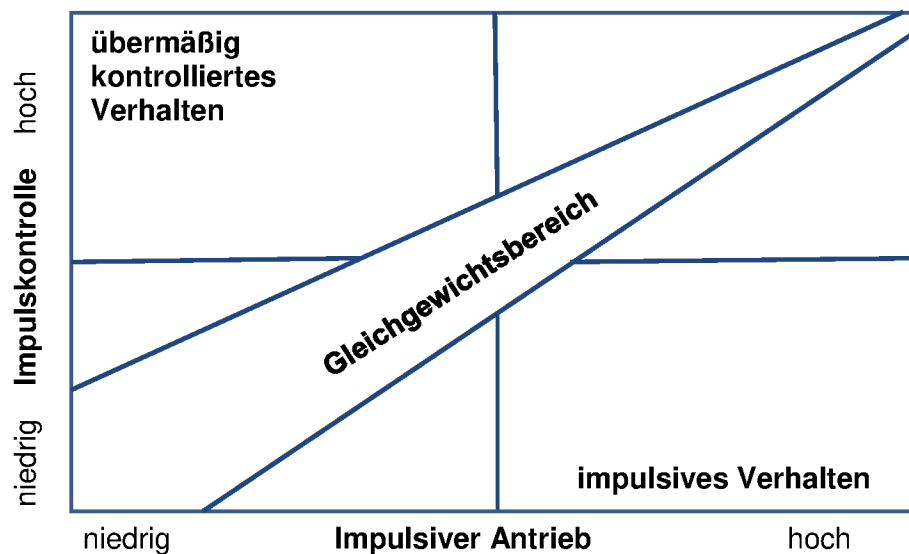


Abbildung 1. Die zwei Dimensionen der Impulsivität: impulsiver Antrieb und Impulskontrolle. Impulsivität wird im rechten Quadranten sichtbar. Der graue Bereich in der Diagonalen drückt gleichmäßig kontrolliertes Verhalten aus (Herpertz & Saß, 1997)

1.7 Überblick und Fragestellungen der vorliegenden Dissertation

Dieses Kapitel der Dissertation fasst den theoretischen Hintergrund, wie er im letzten Kapitel ausführlich dargestellt wurde, kurz zusammen und erläutert vorab das methodische Vorgehen anhand der einzelnen Forschungsfragestellungen, welche im Anschluss detailliert dargestellt und bearbeitet werden.

ADHS ist eine sehr gut erforschte psychische Störung, die nicht nur im wissenschaftlichen Kontext breite Beachtung findet, sondern auch in den Medien durch Fernsehsendungen, Dokumentationen und Zeitschriftenartikeln diskutiert wird. Es scheint als könnte nahezu jeder, Wissenschaftler, Journalist, Therapeut, Talkmaster, usw. etwas zur Störung sagen und somit das öffentliche Bild der Störung prägen. Damit sind auch die betroffenen Eltern konfrontiert. In dieser Dissertation soll die Lücke geschlossen werden, die zwischen dem alltäglichen Leben der Familien und der wissenschaftlichen Betrachtung der ADHS besteht. Bislang fehlt eine Studie, die die Eltern zu Wort kommen und durch ein offenes Design aus ihrem Alltag berichten lässt. Es gibt keine Studie in Deutschland, die den Alltag von Familien, in denen mindestens ein Kind mit ADHS lebt, untersucht. Auf Basis dieser Forschungslücke wurden zu Beginn drei Forschungsfragen formuliert und ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um dem Forschungsfeld in seiner Breite explorativ begegnen zu können. Vorab wurde lediglich ein methodisches Gerüst der Studie geplant. Es wurde festgelegt, dass als Erhebungsinstrument das Leitfadeninterview und als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse eingesetzt werden sollte. Grundgedanke war es nicht Kausalitäten herzustellen oder repräsentative Ergebnisse hervorzubringen, sondern den Sinn des Verhaltens der Familienmitglieder zu verstehen. In diesem Vorgehen begründet sich, dass schon die Entwicklung und die Weiterentwicklung der Forschungsfragen einen wichtigen Forschungsprozess darstellen. Zu Beginn wurden erste Forschungsfragen auf einer theoretischen Grundlage formuliert, auf deren Basis der Leitfaden für die Interviews entwickelt

wurde. Nach einer kurzen Erprobung des Leitfadens, konnte dieser bestätigt werden und eine Überarbeitung war nicht nötig. Daraufhin wurden alle Interviews von drei Personen geführt und transkribiert.

Während eines ersten Analyseschrittes am Interviewmaterial wurden die Forschungsfragen verfeinert, nicht jedoch grundlegend verändert, dieser Prozess kann in gewisser Weise schon als ein erstes Ergebnis der Studie angesehen werden.

Am Ende des ersten Analysedurchgangs des Materials standen neben den Forschungsfragen auch die Hauptkategorien fest, die in Wechselwirkung aus Theoriebezug und Materialsichtung schrittweise ausgearbeitet wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die einzelnen Schritte von drei Personen und stringent nach Kuckartz (2016) durchgeführt. Die Hauptkategorien (Struktur, Strategie, Impulsivität, Sport, Diagnose) und die drei Forschungsfragen, die auch die drei Forschungsfragen dieser Dissertation bilden, wurden zu diesem Zeitpunkt festgelegt und waren somit nicht mehr zu revidieren. Auf Grundlage dieser Hauptkategorien wurden die weiteren Analysen, die zur Bearbeitung der Forschungsfragen nötig waren, durchgeführt.

Um die generierten Forschungsfragen inhaltlich bearbeiten zu können, wurden die evaluative (Forschungsfrage Struktur) und inhaltlich-strukturierende (Forschungsfrage Strategien und Impulsivität) qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) durchgeführt. An diesem Punkt des Forschungsprozesses wurde das Team, das bisher aus drei Personen bestand, aufgeteilt. An der Bearbeitung und Analyse der Forschungsfragen waren jeweils zwei Personen beteiligt, wobei die Verfasserin dieser Dissertation an allen Arbeitsschritten, die zur Bearbeitung der Forschungsfragen nötig waren, beteiligt war. Der Ablauf des Forschungsprozesses wird zur besseren Verständlichkeit im Folgenden kurz überblicksartig anhand der Forschungsfragen beschrieben und wird dann in den Kapiteln 3 bzw. 4 bzw. 5 ausführlich dargestellt.

Forschungsfrage I: Struktur

Für Familien sind Routinen und eine klare Struktur im Ablauf des Alltags wichtig. Aber im Besonderen bei Kindern mit ADHS ist es wichtig, dass sie einen geregelten Tagesablauf haben, der ihnen Struktur gibt. Als belastend werden die morgendlichen Routinen, Hausaufgabenzeiten und Zu-Bett-geh-Situationen beschrieben. In Elterntrainings wird den Eltern unter anderem vermittelt, dass ein strukturierter Tagesablauf entscheidend für einen gelingenden Alltag ist. In dieser Dissertation wird die folgende Forschungsfrage bearbeitet: *Wie ist der Alltag der befragten Familien strukturiert?* Diese Forschungsfrage ist bereits das Ergebnis einer intensiven Auseinandersetzung mit Leitfadeninterviews und des ersten Analysedurchgangs der Leitfadeninterviews. Um die Fragestellung im Detail bearbeiten zu können, wurde die evaluative qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) durchgeführt. Dazu werden alle Textstellen untersucht, die mit der Hauptkategorie Struktur codiert wurden. Dies wird im Kapitel 3 beschrieben. Daraus resultiert die Einteilung jeder Familie in ein Strukturniveau. Dadurch lassen sich die Familien im Grad ihrer Strukturiertheit vergleichen. Um ein weiteres Maß zum Vergleich zu haben, wurde der Fragebogen *FRI* (Boyce et al., 1983) eingesetzt. Dieser misst ebenfalls den Grad an Strukturiertheit in Familien, wodurch die quantitativen Ergebnisse des Fragebogens mit den qualitativen Ergebnissen der evaluativen Inhaltsanalyse verglichen werden können. Diese Ergebnisse werden im Kapitel 3.2. berichtet und im Kapitel 3.3 diskutiert.

Forschungsfrage II: Strategien

Die Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern mit ADHS sind angespannter als zwischen Eltern und ihren Kindern, die kein ADHS haben. Die Eltern von Kindern mit ADHS berichten außerdem, dass sie weniger Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld bekommen als andere Eltern, und dass auch die intuitiven Erziehungsstrategien, die sie anwenden, nicht wie gewünscht helfen. Daraus ergibt sich, dass Eltern von Kindern mit ADHS Strategien im Umgang mit ihrem Kind brauchen, die auf das Verhalten des Kindes angepasst sind und sich zumindest

in Teilen von den Erziehungsstrategien anderer Eltern unterscheiden. Um die Strategien der Eltern explorativ untersuchen zu können wurde folgende Forschungsfrage formuliert: *Von welchen Strategien berichten die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und der ADHS-Symptomatik?*

Um diese Forschungsfrage bearbeiten zu können, war zunächst der im letzten Abschnitt beschriebene erste Analyseprozess von Nöten, der als Ergebnis die Hauptkategorien und die Forschungsfrage herausbildete. Die Hauptkategorie *Strategie* wurde dann mit Hilfe der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet. Dieser komplizierte Analyseprozess wird in Kapitel 4.1 detailliert beschrieben. Im Kapitel 4.2 werden die einzelnen Strategien mit Textbeispielen erläutert und in Kapitel 4.3 diskutiert.

Forschungsfrage III: Impulsivität

Impulsivität spielt bei verschiedenen psychischen Störungen eine entscheidende Rolle. Bei ADHS ist die Impulsivität ein Kernsymptom, neben Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität. Jedoch ist sie das am wenigsten beschriebene Kernsymptom und spielt auch in der Therapie eine eher untergeordnete Rolle. Dies zeigt sich zum einen, dass in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 nur in untergeordneter Rolle auftaucht. Auch in den Therapiemanualen wird es nur wenig beachtet. Jedoch zeigen Sobanski und auch Barkley, dass es eine Impulsivität gibt, die in Verbindung mit ADHS auftritt und die möglicherweise entscheidend sein könnte. Definiert wird Impulsivität hier als das Zusammenspiel eines hohen impulsiven Antriebs und einer geringen Impulskontrolle. Durch die Analyse der Interviews soll die Impulsivität, wie sie im Alltag der Familien auftritt und spürbar wird, erfasst werden. Dafür liegen wieder leitfadengestützte Interviews vor, die mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet werden. Dazu wurden die Textstellen, die in einem vorangestellten Analyseschritt mit der Hauptkategorie Impulsivität codiert waren, mit Hilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Der genaue Ablauf ist dem Kapitel 5.1 zu entnehmen.

In dieser Dissertation soll ein neuer Beitrag zu Aufschlüsselung der Impulsivität gegeben werden und folgende Forschungsfrage bearbeitet werden:

Welche impulsiven Reaktionen berichten Eltern von Kindern mit ADHS und welche Dimensionen lassen sich daraus ableiten? Und Welche Charakteristika weisen die berichteten impulsiven Verhaltensweisen auf?

Die Ergebnisse werden in Kapitel 5.2 berichtet und in Kapitel 5.3 diskutiert. Im folgenden Kapitel wird die Methodik zur Bearbeitung der Forschungsfragen ausführlich dargestellt. Für jede einzelne Forschungsfrage gibt es darüber hinaus methodisch-spezifische Einzelheiten innerhalb der Analyse, die in den Kapiteln zu den Forschungsfragen (Kapitel 3.1 bzw. 4.1 bzw. 5.1) detailliert beschrieben werden. Die spezifischen Ergebnisse werden ebenfalls in diesen Kapiteln beschrieben (Kapitel 3.2 bzw. 4.2 bzw. 5.2) und diskutiert (Kapitel 3.3 bzw. 4.3 bzw. 5.3). Abschließend werden die Ergebnisse aller Fragestellungen in einem Teil zusammengeführt und diskutiert (Kapitel 6.1), daran schließt sich eine Diskussion der Forschungsmethode an (Kapitel 6.2). Anschließend werden die Implikationen für die Praxis (Kapitel 6.3.), die aus dieser Dissertation hervorgehen, formuliert. Den Abschluss bilden die Limitationen der Studie (Kapitel 6.4.) sowie ein Ausblick (Kapitel 6.5).

2 Methode

An dieser Stelle werden die Teilnehmer und die grundlegenden Forschungs- und Auswertungsmethoden beschrieben.

Es kamen qualitative und quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz. „In der Anwendung von Fragebögen und dem Fragen der selben Fragen und der Beantwortung durch vorgefertigte Antworten besteht immer die Gefahr, dass die Meinungen der Forscher mit einfließen und sich so ein Bild eines Konstruktes zeigt, was nicht allumfassend ist“. (J. L. Evenden, 1999 S.349). In diesem Zitat bezieht Evenden Stellung zum Einsatz von Methoden in der Forschung und deren Offenheit. Um der darin angesprochenen Gefahr der Voreingenommenheit durch vorgefertigte Formulierungen entgegenzuwirken, kamen in diesem Projekt vorwiegend qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Grundgedanke dieses Projektes war es nicht Kausalitäten zu bestimmen, sondern den Alltag, wie ihn die Eltern erleben in seiner Bedeutung und in seinem Sinn zu verstehen. Deswegen werden qualitative Forschungsmethoden eingesetzt, um dieser Grundannahme gerecht zu werden. Des Weiteren werden auch quantitative Forschungsmethoden in Gestalt von Fragebögen ergänzend eingesetzt um die Möglichkeiten zu erweitern. Diesem Gedanken liegt folgendes Zitat von Pierre Bourdieu zugrunde: „Die Forschung ist eine viel zu ernste und schwierige Angelegenheit, als dass man sich erlauben könnte, Wissenschaftlichkeit mit Rigidität zu verwechseln, die das Gegenteil von Klugheit und kreativem Denken ist. Verbieten verboten, würde ich am liebsten sagen, oder: Man hüte sich vor methodologischen Wachhunden“ (Bourdieu & Wacquant, 1996 S. 261).

2.1 Teilnehmer

Die Teilnehmer wurden im Rahmen eines Ferientherapieprogramms für Kinder mit externalisierendem Problemverhalten rekrutiert. Das Programm findet als

Intensivtherapieprogramm in den Ferien statt. Die Kinder und Jugendlichen nehmen vier Wochen täglich acht Stunden an einem festen Tagesablauf teil, welcher bestehend aus: verhaltenstherapeutischer Behandlung, Lernzentrum, Konzentrations- und Sozialkompetenztraining, Schulung von Sportfertigkeiten besteht. Die Eltern erhalten in dieser Zeit ein Elterntaining und im Anschluss sind Nachsorgetermine vorgesehen. Zur Teilnahme an dieser Studie wurden die Familien der Kohorten aus den Jahren 2014 und 2015 gefragt, insgesamt wurden 40 Familien (davon teilnehmende Familien: 2014 = 11 Familien, 2015 = 8 Familien) angesprochen und gefragt, ob sie bereit wären an einer Interviewstudie teilzunehmen. Bei einer positiven Antwort wurden die Eltern anschließend telefonisch kontaktiert und über die Studie informiert, oder sie bekamen schriftliche Informationen und wurden zur Terminvereinbarung angerufen. Die Durchführung der Interviews war zeitlich nicht an die Teilnahme am Ferientherapieprogramm gebunden, einige Interviews fanden vor der Teilnahme, andere nach der Teilnahme statt.

Zum einen wurden die Eltern vorab inhaltlich informiert, damit sie sich mit dem Thema vertraut machen konnten. Zum anderen wurden die Eltern strukturell informiert, dahingehend dass das Interview und die damit zusammenhängenden Daten nicht in den Kontext der Therapie ihres Kindes eingebunden, sondern lediglich zu Forschungszwecken eingesetzt würden. Die Datenschutzrichtlinien wurden ihnen schriftlich zugänglich gemacht. Es erklärten sich 19 Familien bereit, teilzunehmen. Insgesamt wurden 14 Mütter und sechs Väter interviewt. Zu den Interviews erschien, mit einer Ausnahme, jeweils ein Elternteil. Zwei Interviews wurden am Telefon geführt. Ein Interview wurde nachträglich wegen sprachlicher Verständigungsprobleme ausgeschlossen. Daraus ergibt sich eine Anzahl von 18 Interviews, die in dieser Dissertation ausgewertet werden. Alle Interviewten waren ausreichend in den Alltag der Kinder eingebunden, um detaillierte Aussagen darüber treffen zu können. In jeder Familie lebte mindestens ein Kind mit einer ADHS-Diagnose, in zwei Familien jeweils zwei

Kinder. Die Kinder waren zwischen 7 und 13 Jahren alt und im Durchschnitt 9,5 Jahre. Ein Kind war weiblich. Alle Kinder waren durch einen Psychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diagnostiziert worden. Die aktuelle Symptomatik wurde durch eine erneute Erhebung der Symptom-Checklisten (FBB-ADHS; (Döpfner, Lehmkuhl, & Steinhausen, 2006) und Verhaltensbeobachtungen in jedem Einzelfall bestätigt. Nach dem ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2005) hatten 15 Kinder die Hauptdiagnose F90.0 Hyperkinetische Störung, drei Kinder F90.1, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, ein Kind die Hauptdiagnose F91.0, Störung des Sozialverhaltens. Zwei Kinder hatten die Hauptdiagnose F91.3, Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten.

Von den 18 teilnehmenden Familien machten vier Familien keine Angaben zur Wohnsituation der Kinder, acht lebten in einem gemeinsamen Haushalt mit den Eltern. Sechs Paare waren geschieden. In vier dieser Familien lebte das betreffende Kind bei der Mutter, bei einer Familie lebte das Kind halb bei der Mutter und halb beim Vater, in einer Familie lebte das Kind zwei Drittel bei dem Vater und ein Drittel bei der Mutter. Der höchste Berufsabschluss der Eltern ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 1
Berufsabschluss der Eltern und aktuelle Berufstätigkeit

	Mutter	Vater
in Ausbildung / Studium	1	0
Abgeschlossene Lehre	7	5
Meister	1	2
Fachhochschulabschluss/Universitätsabschluss	4	7
Promotion	1	1
nicht berufstätig	3	0
Teilzeit beschäftigt	7	1
Vollzeit beschäftigt	2	11
selbstständig	0	2
in Elternzeit	1	0
Sonstiges	1	1

Anmerkung. Von drei Familien fehlen die Angaben über den Berufsabschluss.

Die Teilnehmer erhielten kein Geld und keine andere materielle Entschädigung für die Teilnahme an der Studie.

2.2 Erhebungsinstrumente

Innerhalb des gesamten Projektes wurden qualitative und quantitative Daten erhoben. Die Erhebungsinstrumente werden im Folgenden beschrieben.

2.2.1 Leitfadeninterview

Als Grundlage der hier dargestellten Ergebnisse wurde ein Leitfadeninterview mit den Eltern durchgeführt. Das übergeordnete Ziel dieser Dissertation ist es, ein möglichst detailliertes Bild des Alltags aus Sicht der Familien zu erhalten und zu erforschen, unter welchen Gegebenheiten sie jeden Tag ihren Alltag gestalten. Alle Familien waren an eine Form von Therapieangebot angebunden und alle Kinder waren zuvor von einem Psychiater oder Psychotherapeuten diagnostiziert worden. Alle teilnehmenden Eltern hatten bereits eine Reihe von Fragebögen zum Verhalten ihrer Kinder ausgefüllt und schon einige Diagnostik- oder Therapiegespräche geführt. Diese fokussieren in der Regel das Problemverhalten und den

Leidensdruck der Kinder, sowie den eigenen Leidensdruck und die Interaktion mit den Kindern. In Fragebögen werden bereits erforschte Konstrukte in einer Skala bewertet, sie bieten keine Möglichkeit zur Erörterung der Antworten und keine Möglichkeit neue Erkenntnisse zu generieren. Diese Dissertation hat das Erkenntnisinteresse weitere, noch nicht bekannte Faktoren, die den Familienalltag bestimmen, herauszustellen. Daher ist die Beantwortung der Forschungsfragen nicht durch eine Datenerhebung möglich, die auf einem geschlossenen Antwortformat basiert. Besonders für die Beantwortung der Frage nach dem Erleben der Eltern war es ausschlaggebend den Interviewten die Möglichkeit für freie Erzählungen zu geben und ihnen damit größtmögliche Freiheit einzuräumen. Aus diesen freien Erzählungen sollten die Tagesstruktur, der Umgang mit den Kindern und besonders der Impulsivität der Kinder, sowie das eigene Erleben des Alltags deutlich werden. Zur Erforschung dieser Inhalte sind einige Fakten unumgänglich, die, sofern sie nicht spontan genannt werden, genau erfragt werden müssen. Um dieser Gratwanderung zwischen Offenheit und konkreter Fragestellung gerecht zu werden, wurde als Erhebungsmethode das Leitfadeninterview gewählt.

Das Leitfadeninterview eignet sich besonders, weil die Verzahnung aus strukturierten und offenen Fragen es ermöglicht eine konkrete Fragestellung zu beantworten und trotzdem nach dem Prinzip der größtmöglichen Offenheit neue Informationen zu generieren (Gläser & Laudel, 2010).

Der Leitfaden² wurde nach einer Anleitung von Cornelia Helfferich „Die Qualität Qualitativer Daten“ (2011) erstellt. Dabei diente als Maxime zur Erstellung des Leitfadens folgender Leitsatz: „So offen und flexibel – mit der Generierung monologischer Passagen – wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig (Helfferich, 2011, S.181). In der vorliegenden Dissertation konnte die Balance hergestellt werden, die genaue

² Ist dem Anhang G zu entnehmen

Tagesstruktur der Eltern konkret zu erfragen und trotzdem die größtmögliche Offenheit zu erzeugen, um die Eltern frei aus ihrem Alltag erzählen zu lassen und neue unerwartete Informationen zu erfahren. So wurden die Eltern in ihrem Redefluss nicht unterbrochen, erst am Ende wurden Nachfragen gestellt. Die Eingangsfrage (erzählgenerierende Frage) war folgende:

„Mich interessiert, wie Sie den Alltag mit Ihrem Kind erleben und ich würde Sie bitten mir zu erzählen, wie Sie zum Beispiel die letzte Woche erlebt haben. Sie können alles erzählen, was Ihnen einfällt. Ich werde Sie nicht unterbrechen – erst, wenn Sie fertig sind, werde ich Ihnen Nachfragen stellen!“

Am Ende des ersten Erzählflusses wurde von den Interviewerinnen in situ entschieden, ob eine ausreichende Fülle an Informationen berichtet wurde, um den Tages-, Wochen- und Wochenendablauf zu rekonstruieren. Im Anschluss wurde nach schönen und schwierigen Situationen mit dem Kind gefragt sowie nach der Diagnose und wie es zu der Diagnosestellung kam. Darauf folgten Fragen nach der Impulsivität des Kindes. Zum Abschluss wurden kurze Fallbeispiele aus einem allgemeinen Familienalltag vorgegeben und die Eltern sollten erzählen, wie diese bei ihnen in der Familie ablaufen würden. Zusätzlich zu den offen formulierten Fragen ist im gedruckten Leitfaden eine Spalte mit den Informationen, die erwartet werden, beziehungsweise, die notwendig sind, um die Forschungsfragen beantworten zu können. In einer weiteren Spalte sind konkrete Nachfragen formuliert, die am Ende gestellt werden können, um das Minimum an nötigen Informationen zu erfassen (Helfferich, 2011). Das hat den zusätzlichen Vorteil, dass der Datenerhebung, auch im qualitativen Setting, eine weitgehende Standardisierung zugrunde liegt. Mit Hilfe des Interviewleitfadens war es möglich ein detailliertes Bild des Familienalltags in der Wahrnehmung der Eltern zu bekommen.

2.2.2 Standardisierte Fragebögen

Zur aktuellen Symptomabklärung wurde die Symptomcheckliste *DISYPS- FBB-ADHS* (Diagnostik-System für psychische Störungen- Fremdbeurteilungsbogen ADHS) eingesetzt um

die Diagnose zu verifizieren (Döpfner et al., 2006). Diese umfasst 20 Items, die in einer 4-stufigen Likert-Skala (0= gar nicht, 1= ein wenig, 2 = weitgehend, 3 = besonders) angeordnet sind. Es wird differenziert zwischen den Skalen: Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeit, sowie Kompetenz. Mit Ausnahme der Kompetenzskala gilt: Je höher der Wert, desto ausgeprägter die Symptome. In allen teilnehmenden Familien lebte mindestens ein Kind, das den cut-off-Wert von > 6 auf der Gesamtskala erreichte. Um die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens zu kontrollieren wurde zusätzlich der *DISYPS-FBB-SSV* (Diagnostik-System für psychische Störungen- Fremdbeurteilungsbogen Störung des Sozialverhaltens) angewendet (Döpfner et al., 2006).

Eingesetzt wurde außerdem der *Family Routines Inventory (FRI)*, der in der englischen Originalversion von Jensen et al. (1983) entwickelt und validiert wurde. In dieser Studie kam eine deutsche Übersetzung zum Einsatz, dazu wurde die Originalversion innerhalb der Arbeitsgruppe ins Deutsche übersetzt und von einer Englisch-Deutschen Muttersprachlerin ins Englische rückübersetzt. Abweichungen wurden diskutiert und angeglichen. Zusätzlich wurden vier Items gestrichen, die nicht mehr als zeitgemäß eingeschätzt wurden und darüber hinaus dem kulturellen Umfeld der Teilnehmenden nicht angemessen erschienen. Daraus ergibt sich ein Fragebogen mit 24 Items³. Das Antwortformat ist „Immer – jeden Tag“, „3-5 mal die Woche“, „1-2 mal die Woche“ und „fast nie“.

Des Weiteren wurden innerhalb der Datenerhebung folgende Fragebögen eingesetzt, die jedoch nicht in die Auswertung dieser Dissertation einfließen: *SCS-KD* (Rauch et al., 2014)

SAFE-R (Israel et al., 2002); *CHAOS* (Dumas et al., 2005); *APQ* (Reichle & Franiek, 2009); *CBCL*; *TRF* (Döpfner et al., 1988).

³ Ist dem Anhang K zu entnehmen.

2.3 Durchführung

Die Interviews wurden in einem Raum des Psychologischen Instituts geführt, der normalerweise als Warteraum für die Eltern dient, wenn ihre Kinder an wissenschaftlichen Studien teilnehmen. Der Raum ist ansprechend gestaltet und erinnert nicht an ein Büro, Arzt- oder Therapiezimmer. Die Atmosphäre sollte so angenehm wie möglich sein und wenig an ein therapeutisch-medizinisches Setting erinnern.

Das Forschungsteam bestand während des Forschungsprozesses konstant aus drei Personen: zwei Masterstudentinnen, die im Rahmen des Projektes in ihrer Abschlussarbeit betreut wurden, und der Autorin dieser Dissertation. Die Autorin führte 13 Interviews, die Masterstudentinnen jeweils zwei. Durch intensive Interviewschulungen und intermittierende Besprechungen wurde sichergestellt, dass die Interviews trotz unterschiedlicher Interviewerinnen standardisiert abliefen.

Zwei Interviews wurden am Telefon geführt; dabei wurde vorab geklärt, dass die Interviewten sich in einer ruhigen Atmosphäre befanden und Störungen oder Unterbrechungen unwahrscheinlich waren. Bis auf kurze Unterbrechungen der Telefonverbindung, liefen die Interviews störungsfrei ab. Ein Interview fand im Wohnzimmer einer Familie statt, weil diese aus infrastrukturellen Gründen Probleme hatte, zum Psychologischen Institut zu kommen. Auch dieses Interview fand in ruhiger Atmosphäre ohne Unterbrechungen statt.

Vor dem Interview erhielten die Teilnehmenden eine mündliche und schriftliche Einführung in die Abläufe der Studie, eine Aufklärung über den Datenschutz und die Interviewerin unterzeichnete „die Niederschrift über die förmliche Verpflichtung auf das Datengeheimnis“⁴, welches in zweiter Ausführung den Teilnehmenden gegeben wurde.

⁴ Ist dem Anhang F zu entnehmen.

Außerdem unterzeichneten die Teilnehmenden eine Einverständniserklärung⁵. Die Eltern wurden vor Beginn darüber aufgeklärt, dass das Gespräch ausschließlich in den Forschungskontext eingebunden ist und kein Therapie- oder Beratungsgespräch darstellt. Im Anschluss an die Formalitäten wurde das Aufnahmegerät eingeschaltet und die erste Frage des Leitfadens wurde gestellt.

Zunächst wurden die Interviewten nicht unterbrochen. Erst nach Abklingen des ersten Redeflusses wurden Nachfragen zum Tages- und Wochenablauf und weitere Fragen des Interviewleitfadens gestellt. Zeitlich wurden keine Vorgaben gemacht, die Interviewlänge variierte zwischen 36 und 90 Minuten ($M = 66,33$ Minuten). Am Ende wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie noch etwas zu berichten haben, oder ob es etwas gibt, was sie noch sagen möchten. Wenn dies verneint wurde, wurde das Aufnahmegerät ausgestellt. Den Eltern wurde gedankt und sie wurden verabschiedet. Von den Interviewerinnen wurde dann ein Postskriptum⁶ ausgefüllt. In diesem wurden die subjektiven Eindrücke und eigene Gedanken der Interviewerinnen festgehalten. Des Weiteren wurden Anmerkungen zum Interviewverlauf, eventuellen Störungen oder Störfaktoren gemacht, und nonverbale Aspekte, sowie erste kurze Schwerpunktsetzungen und Interpretationsideen festgehalten, um den unmittelbaren Eindruck nach dem Interview zu konstatieren.

Die Tonaufnahme wurde dann auf einen Computer überspielt und anonym gespeichert und im Anschluss vom Tonband gelöscht.

⁵ Ist dem Anhang E zu entnehmen.

⁶ Ist dem Anhang H zu entnehmen.

2.4 Datenauswertung

2.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung und Analyse der Leitfadeninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse genutzt. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Auswertungsverfahren, welches es ermöglicht, eine große Menge an Daten nach standardisierten und trotzdem offenen, und dem qualitativen Forschungsparadigma gerecht werdenden Standards ablaufen zu lassen (Mayring, 2015).

Diese wurde stringent nach Udo Kuckartz „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung“ (2016) durchgeführt. Kuckartz beziffert die Anfänge der Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode im Jahr 1910, als Max Weber auf dem ersten deutschen Soziologietag, sein „Enquête für das Zeitungswesen“ vorstellte, in welchem er im weitesten Sinne eine Methode beschreibt, die wir heute als Inhaltsanalyse bezeichnen. Mayring, der 1983 das erste Lehrbuch der qualitativen Inhaltsanalyse veröffentlichte (Kuckartz, 2016), beschreibt die Anfänge der Inhaltsanalyse in den USA. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurden vor allem Massenmedien wie Zeitungen oder das Radio systematisch ausgewertet, zum Beispiel durch Häufigkeitsauszählungen von Wörtern. Diese quantitativen Auszählungen, die in den Kommunikationswissenschaften ihre Anwendung finden, wurden von den qualitativen Sozialwissenschaften kritisch gesehen. Woraufhin die Inhaltsanalyse weiterentwickelt und durch qualitative Auswertungsmethoden erweitert wurde. Durch die lange Tradition und Weiterentwicklung ist die qualitative Inhaltsanalyse inzwischen eine sehr ausgereifte und ausführlich beschriebene Methode (Kuckartz, 2016).

In der vorliegenden Dissertation wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz durchgeführt, um methodische Stringenz zu gewährleisten. Ein Vorteil gegenüber dem Standardwerk von Mayring (2015) liegt bei Kuckartz in der Anleitung, wie die qualitative

Inhaltsanalyse computergestützt mithilfe QDA-Software durchgeführt werden kann und der Offenheit, den Auswertungsprozess während der gesamten Forschung zu überarbeiten und zu revidieren (Kuckartz, 2016). Grundsätzlich stellt sich der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse wie in der Abbildung 2 dar.

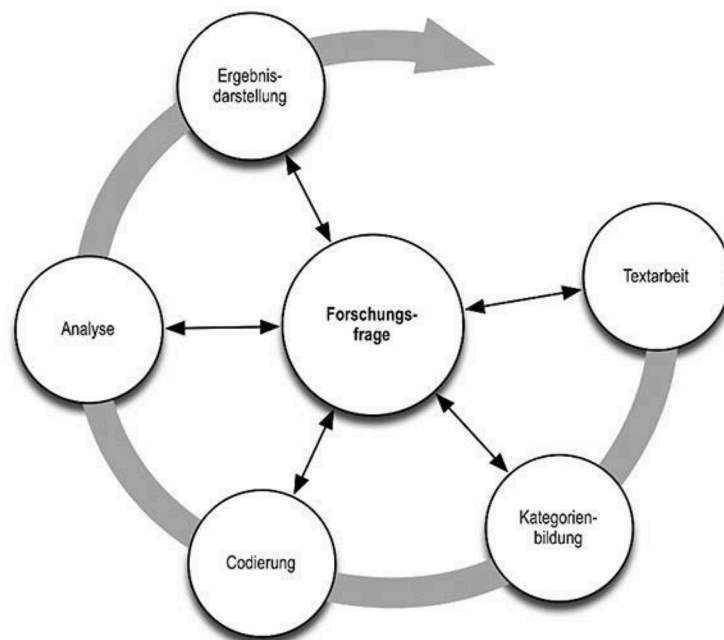


Abbildung 2. Generelles Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen (Kuckartz, 2016, S.45)

Die erste Phase besteht aus einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial. Dies kann verschiedene Formen annehmen und ist dabei abhängig vom Datenmaterial. In der zweiten Phase werden die Kategorien gebildet, dies kann induktiv und deduktiv geschehen. Dabei bedeutet induktiv, dass die Kategorien aus dem Material heraus gebildet werden. Deduktiv bedeutet, dass die Kategorien auf Grundlage einer zuvor festgelegten Theorie gebildet und auf das Material angewendet werden. Dann wird das gesamte Datenmaterial mit diesen Kategorien codiert und analysiert wobei es in diesen Phasen zu weiteren Überarbeitungen der Kategorien oder auch der Forschungsfrage kommen kann. Innerhalb des Ablaufs der qualitativen Inhaltsanalyse rekapituliert man demnach kontinuierlich

alle Arbeitsschritte und aktualisiert die Kategorisierung oder passt gegebenenfalls die Fragestellung an. Dies ist im Gegensatz zum quantitativen Forschungsparadigma nicht verboten, sondern stellt einen wichtigen Forschungsprozess dar und kann auch als Teil des Ergebnisses angesehen werden. Die Prozesse müssen jedoch transparent dargestellt und inhaltlich erklärt werden. Wenn dieser Prozess der Kategorienbildung abgeschlossen ist, kommt die nächste Phase, die Codierung. Das gesamte Textmaterial wird mit diesen Kategorien codiert. Die Analyse-Reihenfolge der Daten sollte zufällig sein. In der nächsten, der Analysephase, können dann weitere Auswertungsschritte hinzukommen; so können beispielsweise statistische Analyseverfahren genutzt werden, um die Ergebnisse weiter zu bearbeiten. Daraus ergibt sich auch die letzte Phase der qualitativen Inhaltsanalyse, die jedoch individuell auf die Datenlage anzuwenden ist, die Ergebnisdarstellung (Kuckartz, 2016). Im folgenden Kapitel wird die qualitative Inhaltsanalyse in Bezug auf die Bearbeitung der Forschungsfragen dieser Dissertation beschrieben.

2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse in Bezug auf die Forschungsfragen

In dieser Dissertation wurden zwei Arten der qualitativen Inhaltsanalyse angewendet: (a) die evaluative Inhaltsanalyse (zur Bearbeitung der Forschungsfragen nach der Struktur) und (b) inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (zur Bearbeitung der Forschungsfragen nach Strategien und Impulsivität).

Die gesamte Datenauswertung wurde gemeinsam von denselben Personen durchgeführt, die ebenfalls an der Datenerhebung und -aufbereitung beteiligt waren. Je nach Anforderung des Forschungsprozesses wurden die einzelnen Arbeitsschritte bewusst einzeln oder im Team bearbeitet. Zu Beginn (erste Phase) der qualitativen Inhaltsanalyse bei Kuckartz (2016) steht, bei beiden Formen, die *initiiierende Textarbeit*, dies bedeutet eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material, in diesem Falle den Interviews. Die Interviews wurden zunächst von jeder Person angehört. Erste Themenkomplexe und Informationen wurden notiert.

Anschließend wurden die Interviews von den Teammitgliedern nach Transkriptionsregeln, in Anlehnung an Pryborski und Wohlrab-Sahr (2014) und mithilfe des Computerprogramms „f4“ verschriftlicht. Dabei wurden Sprechpausen und Intonationsänderungen, sowie Störungen und parasprachliche Merkmale schriftlich festgehalten. Auch Dialekte oder sprachliche Besonderheiten wurden beibehalten, wenn der Inhalt trotzdem verständlich blieb. Durch Anmerkungen der transkribierenden Personen innerhalb des Transkripts konnten Missverständnisse, die beispielsweise durch Störungen von außen herbeigeführt wurden, kommentiert werden, sofern davon auszugehen ist, dass dies zum Verständnis beiträgt. Die Interviews wurden in der Regel von der gleichen Person transkribiert, die es auch geführt hatte, wenn nicht, wurde bei Unklarheiten Rücksprache gehalten. Die genauen Transkriptionsregeln sind dem Anhang⁷ zu entnehmen. Informationen, die Rückschlüsse auf die einzelnen Personen zulassen, wurden anonymisiert. Namen, Ortsangaben und alle weiteren persönlichen Informationen, die Rückschlüsse auf die einzelnen Personen zulassen, wurden geändert. Daraufhin wurden Zusammenfassungen von den Interviews erstellt, diese waren inhaltlich an die Forschungsfragen angelehnt und dienten dazu ein einheitliches Bild der Familien und der Inhalte der Interviews zu zeichnen. Die Zusammenfassungen wurden im Team diskutiert, wodurch eine einheitliche Grundlage über die Inhalte zu den einzelnen Familien geschaffen wurde. Zum Abschluss dieser ersten Phase der qualitativen Inhaltsanalyse waren alle Personen intensiv in alle Interviews eingearbeitet.

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde computergestützt mit dem Programm MAXQDA durchgeführt. In Phase Zwei der qualitativen Inhaltsanalyse wurden von den drei am Forschungsprojekt beteiligten Personen alle Interviews nach den folgenden Hauptkategorien kodiert: Erleben, Impulsivität, Sport, Diagnose, Struktur, Strategien. Diese entstanden deduktiv

⁷ Ist dem Anhang I zu entnehmen.

und theoriegeleitet und wurden vor Beginn definiert. In dieser Dissertation werden nur die Hauptkategorien Struktur, Strategie und Impulsivität für die Bearbeitung der Fragestellungen verwendet, die anderen finden keine Beachtung.

Mit Hilfe von MAXQDA wurde eine InterCoderreliabilität ausgerechnet, das Übereinstimmungsniveau sollte bei 90% liegen. Dieses wurde zunächst nicht erreicht, die divergierenden Stellen wurden daraufhin im Team diskutiert, bis eine Übereinkunft gefunden werden konnte. Diese Diskussion wurde nach Hopf und Schmidt (1993) im Sinne der Methode des konsensuellen Codierens geführt. Hierbei trugen die einzelnen Personen ihre Argumente dafür vor, wieso bestimmte Textstellen den betreffenden Kategorien zugeordnet werden sollten. Die verschiedenen Standpunkte wurden diskutiert, bis ein Konsens gefunden werden konnte. Sollte dies nicht möglich sein, schlagen Hopf und Schmidt vor, die Diskussion auf weitere Personen auszuweiten, die nicht direkt ins Forschungsprojekt eingebunden sind, jedoch Kenntnisse in der Methode haben. Dies kann zu einer objektiveren Sichtweise führen und die Analyse unterstützen (Hopf & Schmidt, 1993). In diesem Falle konnte für alle Textstellen eine Lösung innerhalb des Teams gefunden werden. Aus diesem Arbeitsschritt entstand eine einheitliche Grundcodierung entlang der Hauptkategorien. Dies stellt die dritte Phase der qualitativen Inhaltsanalyse dar, in der es um die Frage geht auf welcher Grundlage die einzelnen Forschungsfragen weiter bearbeitet werden sollten.

Ein Ergebnis dieser Phase war, dass die Hauptkategorie *Erleben* gestrichen wurde, da hierfür keine einheitliche Definition gefunden werden konnte, die nicht deckungsgleich mit den anderen Hauptkategorien war.

Bis zu dieser Stelle ist die Vorgehensweise der beiden qualitativen Inhaltsanalysemethoden identisch. Da sich ab hier die Arbeitsschritte unterscheiden und individuell auf die zu beantwortenden Forschungsfragen zugeschnitten worden sind, sind diese den einzelnen Kapiteln zu den Forschungsfragen zu entnehmen.

3 Forschungsfrage I: Struktur im Alltag von Familien mit Kindern mit ADHS

3.1 Methode Struktur: Evaluative qualitative Inhaltsanalyse

Die Frage nach der Strukturiertheit der Familien wurde bearbeitet in dem der Tages- und Wochenablauf in den Familien offengelegt wurde. Um den Tages- und Wochenablauf der Familien zu untersuchen, wurden alle Textstellen analysiert, die in der Grundkodierung der Interviews die Hauptkategorie *Struktur* erhalten hatten. Der Kodierhinweis für diese Kategorie war: *Kodiert werden alle Textstellen, die Informationen darüber liefern, welche Aktivitätswechsel über den Tag oder die Woche hinweg geschehen, von wem diese vorgegeben sind, und wie sie vorgenommen werden.*

Hierfür eignet sich die Methode der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Dieses Basisverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016, S.123) ist vergleichbar mit der „skalierenden Strukturierung“ von Mayring (2015); beide sind der quantitativen Inhaltsanalyse ähnlich, da viele quantitative Maße berücksichtigt werden. Jedoch bietet das Verfahren mehr als nur ein statistisches Analyseverfahren. Die Einteilung ist nicht nur wortbasiert und auf Grundlage von Auszählungen, „sondern auf der Basis menschlichen Verstehens“ (Kuckartz, 2016, S.124) begründet, weshalb hier die Festlegung genauer Definitionen für die Skalierung und die genaue Absprache zwischen den Codiererinnen entscheidend ist. Insgesamt läuft die evaluative Inhaltsanalyse nach Kuckartz in sieben Phasen ab. Die Abbildung 3 zeigt den Analyseprozess.

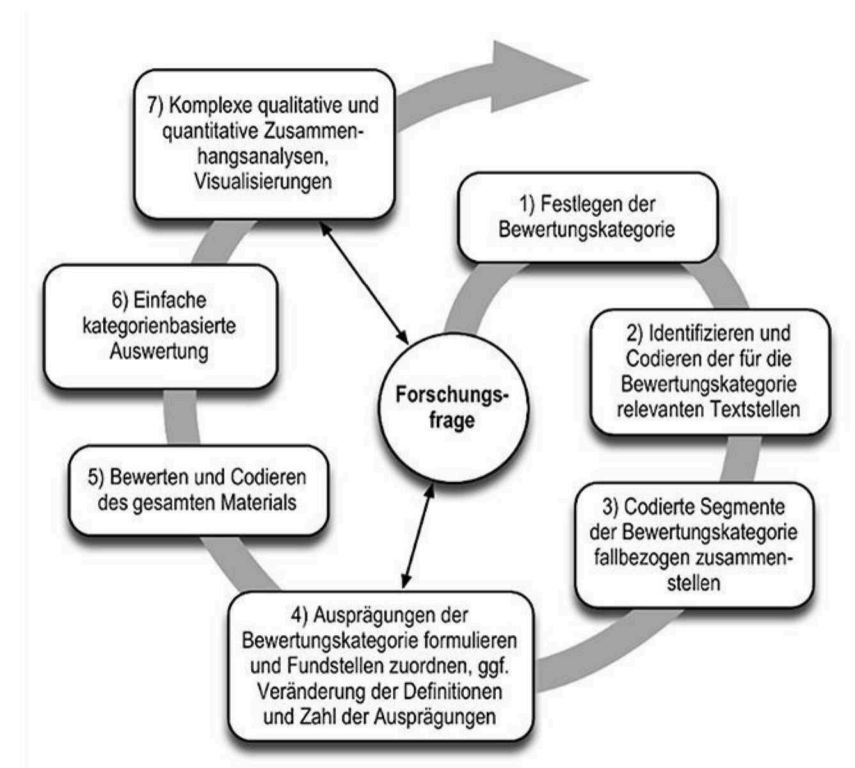


Abbildung 3. Ablauf einer evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen (Kuckartz, 2016, S. 125)

In der ersten Phase muss zunächst entschieden werden, wie die bereits ausgewählte Kategorie (in der vorliegenden Dissertation: Struktur), zu bewerten ist. In dieser Dissertation soll die Hauptkategorie *Struktur* in eine Skala eingeteilt werden, damit die individuelle Ausprägung der Tagesstruktur der Familien verglichen werden können.

In der zweiten Phase werden die für die Hauptkategorie (Bewertungskategorie) gefundenen Textstellen eingeteilt. Dies entspricht der Grundkodierung in die Hauptkategorien.

In der nächsten Phase werden alle relevanten Textstellen in einer Tabelle zusammengestellt, dies wurde mithilfe des Computerprogramms MAXQDA getan; gleichzeitig ist dies die Vorarbeit für die *vierte Phase*, in welcher die Skalierung und die Bewertungskategorien aus dem Material heraus bestimmt. Nach Kuckartz liegt das Minimum bei drei Ausprägungen: „hohe Ausprägung“; „geringe Ausprägung“ und „nicht zu klassifizieren“

(Kuckartz, 2016, S.127). Diese dritte Ausprägung ist unverzichtbar, da es in den meisten Analysen Fälle gibt, in denen nicht genügend Informationen vorhanden sind, um eine Skalierung vorzunehmen. Um eine Skalierung aufzustellen, die den Anforderungen der Fragestellung entspricht, musste ein Maß gefunden werden, welches die Familien mindestens in „strukturiert“, „unstrukturiert“ und „nicht zu klassifizieren“ einteilt. Ergänzend zur intensiven Auseinandersetzung mit dem Textmaterial wurden theoretische Grundlagen hinzugezogen. Im Falle der Ausprägungen des Grades der Strukturiertheit orientieren sich an der Skalierung des *Family Routines Inventory (FRI)* (Jensen et al., 1983), dieser misst die Regelmäßigkeit innerhalb einer Familie. Die Einteilung ist: „Immer – jeden Tag“, „3-5 mal die Woche“, „1-2 mal die Woche“ und „fast nie“. Diese Ausprägung wurde im Häufigkeitswert folgendermaßen umgesetzt: „Immer – jeden Tag“ wurde *stark strukturiert*, „3-5 mal die Woche“ und „1-2 mal die Woche“ *mittel strukturiert* und „fast nie“ *unstrukturiert*, zugeordnet.

Inhaltlich wurden die Textstellen, die mit der Hauptkategorie Struktur kodiert wurden, analysiert und als Grundlage für die weitere Kategorienbildung genutzt. Dabei wurden die Textstellen untersucht und paraphrasiert. Die Gemeinsamkeiten wurden einzeln herausgearbeitet, zusammengefasst und anschließend im Team für das weitere Vorgehen festgehalten. Dieses Vorgehen geschah in Anlehnung an die Kategorienbildung bei Kuckartz (2016). Es haben sich folgende Subkategorien aus den Textpassagen ergeben: *Mahlzeiten; Geregelte/ feste Zeiten für Aktivitäten; Reihenfolge von Handlungen/ Klare Handlungsabläufe; Klare Regeln und Aufgaben; Freie Zeitfenster*. Diese endgültigen und mehrfach überarbeiteten Subkategorien sind in nahezu allen Erzählungen der Familien zu finden, die genauen Definitionen der Ausprägungen sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

Definitionen der Ausprägungen der Kategorien und Kodierhinweise

Kategorie	Stark strukturiert	Mittel Strukturiert	Unstrukturiert
Mahlzeiten	Die Mahlzeiten finden zu gleichen Zeiten mit den gleichen Personen statt.	Einige Mahlzeiten finden täglich zur gleichen Zeit statt, andere variieren. Die Anwesenden Personen sind meistens die gleichen.	Es gibt keine festen Zeiten für Mahlzeiten, oder die Anwesenden Personen variieren häufig.
Geregelte/feste Zeiten für Aktivitäten	Es gibt geregelte Zeiten für Aktivitäten, die sich täglich oder wöchentlich wiederholen.	Es gibt geregelte Zeiten oder Zeitfenster für Aktivitäten, die aber nur manchmal eingehalten werden. Es kann einige Aktivitäten geben die täglich oder wöchentlich stattfinden, andere werden eher unregelmäßig ausgeführt.	Es gibt nur wenige bis keine Aktivitäten die zu geregelten Zeiten ausgeführt werden.
Reihenfolge von Handlungen	Die Reihenfolge von Handlungen ist klar definiert.	Es wird meistens eine bestimmte Reihenfolge von Handlungen eingehalten, aber es gibt auch Ausnahmen, oder es gibt eine feste Reihenfolge für manche Aktivitäten und keine für andere.	Handlungen werden in keiner geregelten Reihenfolge ausgeführt.
Klare Regeln und Aufgaben	Es gibt klare Regeln oder Aufgaben, die das Kind zu erfüllen hat.	Es gibt einige Regeln oder Aufgaben, deren Einhaltung oder Erfüllung aber teilweise nicht immer durchgesetzt wird.	Es gibt keine oder nur wenige Regeln oder Aufgaben.

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Definitionen der Ausprägungen der Kategorien und Kodierhinweise

Kategorie	Stark strukturiert	Mittel Strukturiert	Unstrukturiert
Freie Zeitfenster	Es gibt wenige freie Zeitfenster, in denen nicht klar ist, welche Aktivität ausgeführt werden soll.	Es gibt gelegentlich freie Zeitfenster, die durch eine übersichtliche, aber wechselnde Auswahl von Aktivitäten gefüllt werden.	Es gibt täglich freie Zeitfenster, die zur freien Gestaltung zur Verfügung stehen und spontan mit den verschiedensten Aktivitäten gefüllt werden.
Kodierhinweis	Stark strukturiert	Mittel Strukturiert	Unstrukturiert
	Die Äußerungen der Textstellen zum Thema Struktur lassen mehrheitlich auf klare Aufgabenverteilung, Regeln und Abläufe schließen. Worte wie „immer“ oder „jeden Tag“ werden verwendet. Gelegentliche Ausnahmen von der Regel sind erlaubt.	Die Äußerung der Textstellen lassen einige klare Regeln, Aufgabenverteilungen oder Abläufe im Tages- bzw. Wochenablauf erkennen. Es wird aber auch öfter von Abweichungen und Ausnahmen dieser Regeln oder Struktur berichtet. Worte wie „je nachdem“ oder „manchmal“ werden verwendet.	Die Äußerungen der Textstellen lassen mehrheitlich keine Schlüsse auf klare Regeln, Abläufe und Aufgabenverteilung zu. Worte wie „selten“ oder „nie“ werden verwendet.

Mindestens drei dieser Aspekte mussten zuordenbar sein, damit überhaupt eine Einteilung vorgenommen wurde. Ansonsten wurden die Familien als *nicht anwendbar* eingeteilt, weil die Subkategorien nicht anwendbar waren. Wenn drei der fünf Aspekte einer Ausprägung zugeordnet wurden, wurde die Familie dieser mehrheitlich genannten Ausprägung zugeteilt. Wenn in der Zuordnung der fünf Subkategorien eine Kombination aus allen drei Ausprägungen zugeordnet wurde, dann wurde die Familie als *mittel strukturiert* eingeteilt. Dies galt auch, wenn mehrere Aspekte als *stark strukturiert* eingeteilt wurden, aber dennoch die beiden anderen Ausprägungen vorkamen. Konnten zwei oder mehr Aspekte nicht zugeteilt werden, dann wurde die Ausprägung *nicht anwendbar* vergeben. Dieses Prozedere wurde von zwei Personen gemeinsam entwickelt, die schlussendliche Einteilung der Familien in die Strukturniveaus wurde dann separat durchgeführt. Alle divergierenden Einteilungen wurden im Team, nach dem Prinzip des konsensuellen Kodierens nach Schmidt und Hopf (1993) diskutiert bis es zu einer Übereinkunft kam.

Als Bezugspunkt für die Entwicklung der Skalierung diente darüber hinaus der *FRI* (Jensen et al., 1983). In dieser Studie wurden jedoch nicht die Skalen der Autoren verwendet, sondern eigene Skalen gebildet, um sie mit den Subkategorien der evaluativen Inhaltsanalyse vergleichbar zu machen.

Es wurden fünf Skalen gebildet: *Mahlzeiten* (Items: 2, 15, 16 Bsp.: „Die ganze Familie isst beinahe jeden Abend gemeinsam Abendessen“); *Geregelte Zeiten für Aktivitäten* (5, 8, 11, 13 Bsp.: „Die Kinder nehmen an regelmäßigen Aktivitäten nach der Schule teil“); *Reihenfolge von Handlungen* (Items: 1, 4, 10, 14 Bsp.: „Die Kinder machen jeden Morgen sobald sie aufwachen die gleichen Dinge.“); *Klare Regeln und Aufgaben* (Items: 3, 9, 19 Bsp.: „Die Kinder helfen regelmäßig bei der Hausarbeit.“); *Freie Zeitfenster* (Item 18: „Jedes Kind hat jeden Tag einige Zeit um alleine zu spielen.“). Die so gebildeten Skalen sind somit vergleichbar mit den Subkategorien, die sich aus den Interviews ergeben haben.

3.2 Ergebnisse Struktur

An dieser Stelle werden die Ergebnisse, die sich aus der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) ergeben haben erläutert. Im Anschluss werden diese Ergebnisse mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzung der Familienroutine mittels des *FRI* (Jensen et al., 1983) verglichen.

3.2.1 Ergebnisse Hauptkategorie Struktur

Die Hauptkategorie *Struktur* wurde am häufigsten in den Erzählpassagen der Eingangsfrage bzw. Erzählgenerierende-Frage vergeben, diese lautete: *Mich interessiert, wie Sie den Alltag mit Ihrem Kind erleben und ich würde Sie bitten mir zu erzählen, wie Sie zum Beispiel die letzte Woche erlebt haben. Sie können alles erzählen, was Ihnen einfällt. Ich werde Sie nicht unterbrechen -- erst, wenn Sie fertig sind, werde ich Ihnen Nachfragen stellen. Wenn darauf keine Abfolge von Aktivitäten in einer Woche und einem Tag geantwortet wurde, wurde nachgefragt (Mich interessiert auch noch genauer der Tagesablauf/Tagesstruktur an einem Wochentag, können Sie da noch mal ein Beispiel erzählen? Beginnen Sie morgens!)* Insgesamt wurden 195 Textstellen codiert. Mit Ausnahme von einer Familie konnten, auf Grundlage dieser Textstellen, die eine Abfolge von Aktivitäten beinhalteten, alle Familien in ein Strukturniveau eingeteilt werden.

Insgesamt sind neun Familien *stark strukturiert*, das ist die Hälfte der teilnehmenden Familien, acht wurden als *mittel strukturiert* eingestuft, was 44,44% entspricht, nur bei einer Familie gab es zu wenige Angaben, um eine Einteilung vornehmen zu können (5,56%). Keine Familie wurde als *unstrukturiert* eingeteilt. Die Tabelle3 beschreibt, wie viele Familien jeweils in den einzelnen Subkategorien eingeteilt wurden und welchem Prozentsatz dies entspricht.

Tabelle 3

Absoluter und prozentualer Anteil der Familien in den jeweiligen Subkategorien

	Mahlzeiten	Geregelte/ feste Zeiten für Aktivitäten	Reihenfolge von Handlungen/ Klare Handlungsabläufe	Klare Regeln und Aufgaben	Freie Zeitfenster
Stark strukturiert	12 (66,67%)	13 (72,22%)	11 (61,11%)	9 (50%)	5 (27,78%)
Mittel strukturiert	5 (27,78%)	5 (27,78%)	6 (33,33%)	3 (16,67%)	7 (38,89%)
unstrukturiert	–	–	–	1 (5,56%)	4 (22,22%)
Nicht anwendbar	1 (5,56%)	–	1 (5,56%)	5 (27,78%)	2 (11,11%)
Gesamt	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

In der Mehrheit der Familien sind die *Mahlzeiten*, die *Reihenfolge von Handlungen* und die *Aufgaben* klar verteilt, wohingegen *freie Zeitfenster* unstrukturierter ablaufen. Um die Vorgehensweise und die Einteilung in Subkategorien nachvollziehbar zu machen, werden im Folgenden zwei Interviews exemplarisch für die Zuteilung herangezogen. Anhand der einzelnen Subkategorien werden die Interviews Beispiele für die Ausprägung *stark strukturiert* und *mittel strukturiert* geben.

3.2.2 Ergebnisse Subkategorien Struktur

Die Ergebnisse werden entlang der einzelnen Subkategorien dargestellt. Es werden jeweils Textbeispiele für die Einteilung in *stark strukturiert*, *mittel strukturiert* und *unstrukturiert* mit Beispielen dargestellt. Nicht in jeder Subkategorie wurde die Ausprägung *unstrukturiert* vergeben; war dies nicht der Fall, dann wird diese auch nicht erläutert.

Mahlzeiten. Als stark strukturiert in der Kategorie Mahlzeiten wurden insgesamt zwölf Familien eingeteilt, fünf als mittel strukturiert, eine Familie konnte nicht eingeteilt werden, keine Familie wurde als unstrukturiert eingeteilt. Die Familie des Interviews T. wurde als stark strukturiert eingeteilt und wird als Beispiel für stark strukturierte Mahlzeiten herangezogen:

nen Wochentag beginnt, dass wir ähm relativ früh eigentlich aufstehen weil es dem L. arg wichtig ist dass wir auch nen Stück weit zusammen frühstücken //hmm// und mein Mann arbeitet in Stadt XY deswegen stehen wir relativ früh auf. Dann frühstücken wir zusammen [...] ja.

[...] er geht Mittagessen in der Schule, und er geht dann halt auch in die Kernzeit.

[...] Wir gehen machen Hausaufgaben, wieder gemeinsames Abendessen. Dazwischen eben Sport [...] (KT200715)

Die Familie nimmt zwei Mahlzeiten gemeinsam ein und dies zu täglich den gleichen Zeiten, das Mittagessen ist in der Schule organisiert. Somit hat das Kind einen gewohnten Ablauf der Mahlzeiten und kann sich täglich darauf einstellen. Des Weiteren wird ihm das Bedürfnis nach dieser gemeinsamen Zeit erfüllt.

Im Unterschied dazu wird folgende Familie als „mittel strukturiert“ eingeteilt:

[...] ja und meistens wenn er zur ersten Stunde in die Schule gehen muss, dann ähm frühstückt er nicht //hmm// (.) Er ist dann noch zu verschlafen und dann bis er sich angezogen [...] er ist dann auch so ein Typ, der dann nicht sofort Hunger hat, also es ist auch mit meinem @lachen@ Organismus ähnlich, dass er erst so zwei Stunden später oder so, deswegen pack ich ihm dem Frühstück mit in die Schule und dann frühstückt er dort in der großen Pause.

[...] dann ähm (.) geht er erstmal in die Küche und Mittagessen //hmm// ähm (3) ja wobei er ja, oft er also es ist nicht immer so, dass er eine Viertelstunde da im Flur sitzt, sondern, also manchmal zieht er sich natürlich gleich aus und dann geht, also wenn er so eine konkrete Idee hat, was er jetzt, direkt was vor hatte vielleicht, ((räuspern)) dann geht er ins Zimmer und setzt, ja äh, sein Vorhaben um, ähm abgelenkt, also wie gesagt, fängt an was zu Spielen oder zu Basteln, ähm und ähm und dann muss ich ihn auch mehrmals rufen, eeer zum Mittagessen also in die Küche zu kommen (.) ähm, es kann

sein, dass wie gesagt, dass ähm nach eineinhalb Stunden, ((holt tief Luft)) ne, hat er erst angefangen zu Mittagessen, oder auch gerade vielleicht gegessen haben. Also die erste Stunde, oder eineinhalb Stunden nach der Schule, ist irgendwie so, die Zeit ist weg, aber man hat nichts Konkretes gemacht und das ist so dieses, Ankommen //hmm// und ein bisschen verträumt oder verträumt oder ein bisschen abgelenkt noch ein bisschen spielen, äh oder noch mal 10 Minuten Hände waschen, oder ääh, oder in der Küche was rummachen. Ahm, da sind also schon wirklich locker eine bis eineinhalb Stunden weg. //hmm// ja, also man kann jetzt nicht so eng planen, das Kind kommt um halb zwei nach der Schule, um zwei hat es gegessen und um zwei können wir mit den Hausaufgaben anfangen und äh um drei ist er, wäre er fertig, also, läuft niemals.

[...]ja und dann bis 18 Uhr oder bis 19 Uhr kann es schon mal dauern, ähm, dann ähm kommen wir nach Hause, dann gibts Abendessen, [...] ja und dann nach dem Abendessen ist meistens, also wir essen gemütlich, da leg ich auch wert drauf, dass es nicht so schnell schnell abläuft, und ähm, dass man zur Ruhe kommt und deswegen kann es auch schon bis halb 8 hinziehen //hmm// das Abendessen. also je nachdem wann wir angefangen haben, aber bis 7 halb 8 kann es schon dauern. ja und ähm, ja bis wir alle gegessen haben, gibts dann noch Nachtisch, und dann ist es wie gesagt, ja bei, also spätestens beim Nachtisch sind wir jetzt dann alle ruhig (NM021015)

Prinzipiell gibt es Absprachen und zeitliche Regelungen, die das Essen betreffen: morgens wird nicht zusammen gegessen (*unstrukturiert*), mittags scheint es häufig zu variieren in der Zeit und in der Anzahl der Personen. Es folgt jedoch einer immer wiederkehrenden Abfolge von Störfaktoren, die aber größtenteils bekannt sind (*mittel strukturiert*), abends ist die Mahlzeiteneinnahme klar geplant und wird auch so durchgeführt (*stark strukturiert*), daher wird die Subkategorie *Mahlzeit* in der Ausprägung als *mittel strukturiert* bewertet.

Geregelte/ feste Zeiten für Aktivitäten. In dieser Subkategorie wurden 13 Familien als „*stark strukturiert*“ eingeteilt, als Beispiel für eine starke Strukturierung wird wieder die Familie T. zitiert:

[...] und die [Betreuung in der Kernzeit] wissen auch ähm wie sie mit ihm umzugehen haben eben auch mit der klaren Struktur //hmm// und gut manchmal klappts manchmal wird er dann auch rausgeschickt, weil er dann die anderen Kinder ablenkt, aber- also montags ähm und jetzt auch freitags versucht er sich da eigentlich auch dran zu halten, die Hausaufgaben da anzufangen. (KT200715)

Für das Kind ist ganz klar geregelt, dass es in der Kernzeit nach der Schule mit den Hausaufgaben beginnt und auch gibt es für das Kind eine klare Struktur, auf die es sich verlassen kann. Andere Aktivitäten wie die Zeit zwischen den Hausaufgaben und dem Abendessen sind auch klar geregelt.

Mittel strukturiert ist die Familie M.:

und äh, von der Familiensituation her ist es so, dass um 16 Uhr, dann der mittlere Bruder abgeholt werden muss vom Kindergarten. (NM021015)

Es gibt keine festen Zeiten für Aktivitäten am Nachmittag, es werden zwar Unternehmungen gemacht, jedoch können sich die Kinder nicht darauf verlassen. Das einzige, was täglich stattfindet ist, dass der jüngere Bruder um 16 Uhr am Kindergarten abgeholt werden muss, dies kollidiert jedoch meist mit der Zeit in der auch die Hausaufgaben erledigt werden müssen. Dadurch kommt es häufig zu Abweichungen und Störungen der Tagesstruktur, die Familie wird daher als *mittel strukturiert* eingeschätzt.

Reihenfolge von Handlungen. Diese Subkategorie ist ähnlich zur vorherigen Subkategorie, das bedeutet, dass Abläufe, wie beispielsweise die Morgenroutine, immer dem gleichen Muster folgt. *Stark strukturiert* ist bei Familie T.:

dass also so dieser Rhythmus ich mach das jeden Morgen gleich. Dass er zuerst mal auf die Toilette geht, dann Zähne putzt, sich dann anzieht. [...]) Und dann bring ich ihn so gegen halb acht in die Schule. Und da hol ich ihn dann um halb zwei von der Kernzeit wieder ab. //hmm// ja. Wir gehen, machen Hausaufgaben, wieder gemeinsames Abendessen. Dazwischen eben Sport, [...]und dann abends meistens noch nen bisschen

lesen weil er auch sehr gerne liest. und ähm er ist jetzt seit neustem überzeugter Fan von den Kindernachrichten die sind ganz wichtig //aha, toll// um zehn vor acht, bis acht schaut er sich also an. und ja, dann geht er meistens so um acht, im Sommer nen bisschen später ins Bett. (KT200715)

Diese Familie ist in der Reihenfolge der Handlungen ganz klar stark strukturiert, der Tag ist immer ähnlich gegliedert und die täglichen Gewohnheiten, wie die morgendliche Badsituation oder der Ablauf am Nachmittag sind genau durchstrukturiert. *Mittel strukturiert* ist hingegen die Familie M:

wenn er nach der Schule nach Hause kommt, ähm, (.) versuchen wir immer erstmal dann, also nach dem Mittagessen die Hausaufgaben zu erledigen, dass er dann den Nachmittag auch frei hat. Ähm das klappt nicht so gut. (NM021015)

Es gibt zwar eine Reihenfolge von Handlungen und Abläufen, jedoch wird diese nicht eingehalten und ändert sich häufig, für das Kind ist dies auch bekannt und die Zeitpunkte sind keine klar gesetzten Marker und bieten Raum für Diskussionen.

Klare Regeln und Aufgaben. In dieser Subkategorie wurde folgende Textstelle als stark strukturiert eingeteilt (Familie T.):

Für ADHS-Kinder sehr wichtig ist immer wieder auch darauf fokussieren, wenn du das tust dann passiert das //hmm// und deswegen haben wir das dann auch immer wirklich //hm/ durchgezogen dass er halt auch mal bis um halb zehn -zehn an den Hausaufgaben gesessen //okay// hat, wenn denn gar nicht anders ging. (KT200715)

Es ist für das Kind jeden Tag deutlich klar, wann die Hausaufgaben erledigt werden müssen und wenn dies nicht geschieht, dann werden andere Aktivitäten nicht ausgeführt, dadurch wird dem Kind klar, dass die Hausaufgaben eine hohe Priorität haben.

Mittel strukturiert wurde Familie M. eingeteilt, als Beispiel dient folgende Textstelle:

Ranzen ist er also meistens schon am Abend gepackt, ja (NM021015)

Im Kontext dieser Textstelle wird deutlich, dass Ranzen packen die Aufgabe des Kindes selbst ist, dies wird jedoch nicht immer vom Kind umgesetzt und häufig hilft die Mutter nach oder erledigt es ganz, daher wird diese Textstelle als *mittel strukturiert* eingeschätzt.

Ein Beispiel für eine *unstrukturierte* Situation ist die folgende (Familie M.):

Hausaufgaben, ist das wundeste Thema überhaupt, er hat keinen festen Tisch, äh Platz, er hat in seinem Zimmer einen Schreibtisch, er macht nur da Hausaufgaben wo ich bin.
(NM021015)

Aus dieser Textstelle geht hervor, dass das Kind kein Ritual hat, keinen festen Ablauf und keinen festen Arbeitsplatz, an dem es seine Hausaufgaben erledigen kann. Dementsprechend ist diese Aufgabe für das Kind unstrukturiert und es kann sich nicht mit einer wiederkehrenden Routine auf die Situation einstellen. Die einzige Konstante ist die Anwesenheit der Mutter, die jedoch nicht auf das besondere Bedürfnis des Kindes eingeht, i.e. ihre Anwesenheit und Aufmerksamkeit, um seine Hausaufgaben machen zu können.

Freie Zeitfenster. Dies ist die letzte Subkategorie. Sie beurteilt, wie strukturiert die freie Zeit ist. Als stark strukturiert wurde folgende Textstelle eingeteilt (Familie T.):

da machen wir ihm hier so nen Zeitstrahl (2) sozusagen aufgemalt //hmm// (3) samt den be- entsprechenden ähm Karteikärtchen //hmm// dass er einfa- dass wir einfach versuchen, dass er sich seine Zeit selber (.) einteilen kann. (KT200715)

In dieser Familie werden auch die freien Zeitfenster stark strukturiert, das Kind kann entscheiden, was es machen möchte, wird jedoch in der Planung dieser Zeit nicht alleine gelassen, damit auch diese Zeit eine gewisse Struktur hat und vom Kind positiv für sich genutzt werden kann.

In Familie M werden die freien Zeitfenster *mittel strukturiert*:

also es gibt wirklich wenige Nachmittage, vielleicht ein oder zwei, nee maximal ein Nachmittag pro Woche, (.) nicht immer, vielleicht bei schlechten Wetter, dass wir zuhause bleiben, aber meistens sind wir entweder eingeladen, oder kommen Freunde zu

uns //hmm// oder wir gehen raus //hmm// zu den Freunden, also ja, also zuhause allein bleiben das ist Ausnahme momentan, das ist dann schon so "aaah heute ist nichts aah"
(NM021015)

Die Nachmittage sind für die Kinder nicht nachvollziehbar durchstrukturiert, sondern werden spontan mit Aktivitäten gefüllt oder aber es ist freie Spielzeit vorhanden, die dann nicht strukturiert ist. Die Kinder können sich nur kurzfristig auf die Aktivitäten oder die freie Zeit einstellen. An der Mehrzahl der Tage wird jedoch irgendeine Form von Beschäftigung angeboten, weswegen die Familie insgesamt als *mittel strukturiert* eingeschätzt wird.

Im folgenden Textbeispiel zeigt sich eine unstrukturierte Nachmittagssituation:

ansonsten ist Spielen angesagt, was ich jetzt auch in den letzten Wochen mit Besorgnis sehe, dass er sich von Spielkameraden irgendwie zurückzieht, er spielt eigentlich zuhause im Moment, er ist zuhause, bzw. im Garten geht mal auf den Spielplatz, der bei uns um die Ecke ist, aber ansonsten (.) ja zuhause. (CH230715):

Aus dieser Textstelle und dem dazugehörenden Kontext wird deutlich, dass sich der Junge die Mehrzahl der Nachmittage alleine beschäftigt und weder durch die Mutter, noch durch andere Aktivitäten oder andere Kinder beschäftigt wird.

Zusammenfassend geht aus den qualitativen Analysen, die anhand der bis hierhin dargestellten Textbelege nachvollziehbar gemacht wurden, hervor, dass die Familien *mittel* bis *stark strukturiert* sind und oftmals ein genauer Ablauf des Tages geplant ist. Dieser ist jedoch aufgrund der Symptomatik nicht immer einzuhalten. Eine Mutter beschreibt diesen Umstand sehr anschaulich anhand einer Situation (Familie M.):

oder gerade am Nachmittag, nach der Schule "M wir fahren in zwei Stunden los" ja und bis dahin muss er dann zu Mittag gegessen haben oder die Hände gewaschen haben, zu Mittag essen äääh vielleicht noch was kleines erledigen, is schwierig, sehr schwierig, also gerade so, ne. Wenn er unter Zeitdruck ist. //ok// muss man antreiben. Und noch mal und erinnern und noch mal erinnern, er geht in sein Zimmer und hat schon wieder

vergessen. Oder sitzt da und spielt. Ja und da wenn wir da, und beide Eltern auch unter Zeitdruck sind, haben auch nicht diese Geduld, und nicht diese Ruhe, ich weiß man muss ruhig bleiben, geduldig. Aber es funktioniert nicht. Ich weiß ich hab nicht diese Stunde, die M. jetzt bräuchte oder nach seinen Vorstellungen, oder was weiß ich. Man hat nur fünf Minuten und man hat noch zwei andere Kinder und man muss sich selber fertig machen und die anderen Kinder laufen auch, dann der eine rechts und der andeeee- zweite links. Und man muss noch an M. ziehen, obwohl er der älteste ist, man erwartet irgendwo von ihm noch Selbstständigkeit, es funktioniert nicht der Alltag, das als ob man drei kleine Kinder hätte. Man weiß schon, dass er groß ist. ((holt tief Luft)) Und ja, da werden wir auch ungeduldig und lauter auch und "komm jetzt und mach jetzt endlich" und ne, und äh da kommen dann solche, ja und dann wirds lauter. Und M. funk-- ääh, reagiert auch wieder auf sowas mit Stress, ja und und "ja ich mach das schon, ja lass mich, lass mich" ((ganz patzigen Tonfall)) kommt dann so von ihm. ((atmet lange aus)) unschön. (NM021015)

Hier wird deutlich, dass die Mutter durchaus eine klare Struktur vorgibt und auch einen Plan verfolgt, jedoch in der Summe der Aufgaben, die sie bewältigen muss überfordert ist und der Ablaufplan und die Tagesstruktur durcheinander kommen.

3.2.3 Ergebnisse der Subkategorien im Zusammenhang zum FRI

Die Kategorien der evaluierenden qualitativen Inhaltsanalyse orientierten sich an dem Antwortformat des *FRI* (Jensen et al., 1983) und können deswegen zueinander in Beziehung gesetzt werden, wodurch die qualitativen Ergebnisse der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse mit den quantitativen Ergebnissen des *FRI* verglichen werden können. Wie bereits in Kapitel 2.2.2 beschrieben, besteht der *FRI* in der englischen Originalversion aus 28 Items, die zunächst ins Deutsche übersetzt wurden. Anschließend wurden vier Items gestrichen, weil sie als nicht mehr zeitgemäß eingeschätzt wurden. Daher war die von den Autoren vorgeschlagene Auswertung in dieser Stichprobe nicht möglich. Trotzdem konnten aus den einzelnen Items des *FRI* Skalen gebildet werden. In Tabelle 4 ist das Antwortformat des *FRI* entsprechend dem Kategoriensystem der evaluierenden qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt.

Tabelle 4

Zuordnung der Kategorien zu den Antwortformaten des FRI

Zahlenwert FRI	Beschreibung FRI	Kategorie evaluative Inhaltsanalyse
3	Immer – jeden Tag	Stark strukturiert
2	3-5-mal die Woche	Mittel strukturiert
1	1-2 mal die Woche	Mittel Strukturiert
0	Fast nie	unstrukturiert

In Tabelle 5 sind die einzelnen Items aufgelistet, die in der Summe den Skalenwert des *FRI* bilden, die den Kategorien der evaluativen Inhaltsanalyse zugeordnet wurden⁸.

⁸ Der Fragebogen ist dem Anhang K zu entnehmen.

Tabelle 5
Items der FRI in Zuordnung zu den gebildeten Skalen

Skala/ Kategorie	Items
Mahlzeiten	2 Die ganze Familie isst beinahe jeden Abend gemeinsam Abendessen. 15 Zumindest ein Teil der Familie frühstückt beinahe jeden Morgen gemeinsam. 16 Die Familie isst jeden Abend zur gleichen Zeit.
Geregelte Zeiten für Aktivitäten	5 Die Kinder machen ihre Hausaufgaben jeden Tag zur gleichen Zeit. 8 Die Kinder gehen fast jeden Abend um die gleiche Zeit ins Bett. 11 Die Kinder nehmen an regelmäßigen Aktivitäten nach der Schule teil. 13 Das/die arbeitende/n Elternteil/e hat/haben eine regelmäßige Spielzeit mit den Kindern nachdem es von der Arbeit nach Hause kommt.
Reihenfolge von Handlungen	1 Es gibt bestimmte Dinge, die die Eltern jeden Morgen tun, während sie sich fertig machen um den Tag zu beginnen. 4 Die Kinder machen jeden Morgen sobald sie aufwachen die gleichen Dinge. 10 Das/die arbeitende/n Elternteil/e kommt/kommen jeden Tag zur gleichen Zeit von der Arbeit nach Hause. 14 Die Kinder haben besondere Dinge, die sie jeden Abend zur Schlafenszeit tun oder nach denen sie fragen (z.B. eine Geschichte, einen Gutenachtkuss, ein Glas Wasser).
Klare Regeln und Aufgaben	3 Die Kinder helfen regelmäßig bei der Hausarbeit. 9 Die Familienmitglieder sagen einander Bescheid wenn jemand geht oder nach Hause kommt. 19 Die Familie hat jede Woche eine spezielle „Familienzeit“, in der sie zu Hause gemeinsam etwas macht.
Freie Zeitfenster	18 Jedes Kind hat jeden Tag einige Zeit um alleine zu spielen.

Die gebildeten Skalen des *FRI* und die Ergebnisse der evaluativen qualitativen

Inhaltsanalyse weisen Unterschiede auf. Die Familien sind in den Fragebögen im Gesamturteil

weniger strukturiert, als in den qualitativen Analysen. Der *FRI* fragt Routinen und Regelmäßigkeiten im Alltag mit Beispielen ab und die Eltern schätzen diese für ihre Familie auf einer Skala ein. In den Interviews beziehen sich die Eltern auf ihr Erleben des Alltags in den letzten Tagen oder der letzten Woche. Dabei kommen besonders auch die eigenen Eindrücke zum Ausdruck. Durch die Erzählungen wird deutlich, dass die Eltern einen sehr klaren Plan des täglichen Ablaufs haben, dass jedoch die Symptomatik der ADHS jeden Tag aufs Neue unvorhersehbare Schwierigkeiten mit sich bringt, die den Tag nicht so ablaufen lassen wie geplant. Daraus ergeben sich Unterschiede in der Auswertung. Die folgende Tabelle 6 zeigt die Werte der evaluativen Inhaltsanalyse und des *FRI*.

Tabelle 6

Ergebnisse der qualitativen Analyse im Vergleich zu den Skalen des FRI

Familie	Mahlzeiten		Geregelte/ feste Zeiten für Aktivitäten		Reihenfolge von Handlungen		Klare Regeln und Aufgaben		Freie Zeitfenster		Gesamt	
	Quali	FRI	Quali	FRI	Quali	FRI	Quali	FRI	Quali	FRI	Quali	FRI mean
AR250915	mittel	2	mittel	1,00	mittel	1,00	stark	,00	stark	,00	mittel	1,42
AS090715	stark	2,67	mittel	1,00	stark	2,00	mittel	1,00	mittel	1,00	mittel	1,96
AS170915	stark	00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	n.A.	99,00	stark	1,64
AWE_Tele	n.A.	1,67	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	,00	stark	1,39
BS240915	stark	1,00	stark	2,00	mittel	1,00	stark	2,00	stark	,00	mittel	1,54
CH320715	mittel	1,67	stark	2,00	stark	2,00	n.A.	99,00	stark	,00	mittel	1,83
DD240915	mittel	2,67	stark	2,00	n.A.	99,00	n.A.	99,00	n.A.	99,00	n.A.	1,87
DH011015	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	n.A.	99,00	stark	2,00	stark	1,75
DL261015	stark	1,67	stark	2,00	stark	1,00	stark	2,00	mittel	1,00	stark	1,90
DM031215	mittel	1,50	stark	2,00	stark	2,00	mittel	1,00	mittel	1,00	mittel	1,45
DZ_Tele	stark	2,33	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	mittel	1,00	stark	2,00
EM060715	stark	0,33	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	1,67
HI100715	stark	2,50	stark	2,00	mittel	1,00	n.A.	99,00	stark	2,00	stark	1,43
KT200715	stark	3,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,30
NM021015	mittel	2,67	mittel	1,00	mittel	1,00	stark	1,00	mittel	1,00	mittel	1,88
SE020615	stark	3,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	2,00	stark	1,65
SH081015	stark	2,33	mittel	1,00	stark	2,00	n.A.	99,00	mittel	1,00	mittel	1,91
TZ111215	stark	1,67	mittel	1,00	mittel	1,00	stark	2,00	mittel	1,00	mittel	1,48

3.3 Diskussion Struktur

Die Analyse der Leitfadeninterviews hat gezeigt, dass Familien, in denen Kinder mit ADHS leben, im Alltag einem strukturierten Ablauf folgen. Keine Familie wurde als *unstrukturiert* eingeteilt, die Hälfte der Familien sogar als *stark strukturiert*, und acht Familien als *mittel strukturiert*. Dies widerspricht den Ergebnissen von Kendall (Kendall, 1998), die von viel Chaos in den Familien berichtet. Ruth Segal (1998) und später auch Firmin und Phillips (2009) haben jeweils den Alltag von Familien in Bezug auf ihre Erfahrungen mit täglichen Routinen mit ihren Kindern mit ADHS untersucht und kamen zu dem Ergebnis, dass der Nachmittag in Verbindung mit den Hausaufgaben von den Eltern als am stressigsten wahrgenommen wird. Daran schließt sich der Morgen an, besonders in Verbindung mit den Vorbereitungen auf die Schule, und der Abend wird von den Eltern als kritisch beschrieben. Des Weiteren unterschieden sich die weniger belasteten Familien von den belasteten darüber, dass sie ihre eigenen Routinen und Strukturen in den Alltag eingebaut hatten und damit nicht nur das Verhalten der Kinder beeinflusst wurde, sondern, dass sie ihr eigenes Verhalten auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmt haben (Firmin & Phillips, 2009; Segal, 1998).

Oft kommt es zwischen den Kindern und den Eltern zu einem unkontrollierbaren Teufelskreislauf, der sehr schnell zu Wutausbrüchen oder anderen emotionalen Entladungen führen kann. Diese scheinen länger anzuhalten und die Kinder brauchen länger, um sich wieder zu beruhigen als Kinder, die kein ADHS haben. Dies hat weitgreifende Veränderungen für den Tagesablauf zur Folge. Nicht nur Wutausbrüche, sondern der Gegensatz, kann zu Abweichungen führen, dass Kinder beispielsweise zwischen Schule und Mittagessen eine längere Zeit brauchen um wieder anzukommen, dadurch wird die Struktur des Ablaufs am Nachmittag auch beeinflusst. Es scheint also nicht ein Mangel an Struktur generell zu sein, der dazu führt, dass die Familien in Stress geraten, sondern die Einhaltung der Strukturen erfordert

viel Kraft von den Familien. Die Eltern berichten sehr wohl von Strukturen im Alltag, sodass sie in der evaluierenden Inhaltsanalyse als *mittel* oder *stark strukturiert* eingeschätzt werden. In ihrer Selbsteinschätzung, gemessen mit dem *FRI* (Jensen et al., 1983) zeigte sich jedoch, dass sie weniger strukturiert sind. Mit diesen Ergebnissen konnte gezeigt werden, dass die Eltern eine klare Vorstellung von den Abläufen des Tages und damit eine Struktur haben, dass sie jedoch im Alltag häufig Schwierigkeiten haben, diese Struktur einzuhalten. Diese These wird von den Ergebnissen von Firmin und Phillips unterstützt, die zeigen konnten, dass die Strukturen und Routinen vor allem dann ein protektiver Faktor waren, wenn diese besonders auf die Individualität der Kinder und auf das Familienleben angepasst waren (Firmin & Phillips, 2009).

Familienroutinen und Struktur im Alltag sind protektive Faktoren für die Eltern und die Kinder, diese Stabilität und Stütze haben weitreichende Auswirkungen auf die Zukunft und die psychische, sowie physische Gesundheit und sind immens wichtig für einen gelingenden Alltag. Auch die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass die Familien prinzipiell eine Struktur im Alltag haben, dass es jedoch schwierig zu sein scheint, diese auch beizubehalten und umzusetzen. In den Interviews wird oft der Eindruck geweckt, dass die Eltern im Alltag angespannt sind. Um diesen meistern zu können, sind möglicherweise Strategien von Nöten, die den Eltern helfen, die Strukturen einzuhalten und mit den täglichen Begebenheiten umzugehen. Im folgenden Kapitel wird das Augenmerk auf die Strategien der Familien gelegt, die im Alltag genutzt werden.

4 Forschungsfrage II: Strategien von Eltern im Umgang mit ihren Kindern mit ADHS

4.1 Methode Strategien: Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Um die Forschungsfrage – *Von welchen Strategien berichten die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und der ADHS Symptomatik?* – zu bearbeiten wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) eingesetzt. Diese hat zum Ziel, die Fülle an Informationen des Materials inhaltlich zu reduzieren und zusammenzufassen (Kuckartz, 2016). Die Grundkodierung der Hauptkategorien: Struktur, Strategie, Impulsivität, Diagnose und Sport wurde ausdifferenziert. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden mit Hilfe des Computerprogramms MAXQDA alle Textstellen analysiert, die zuvor mit der Hauptkategorie *Strategie* codiert wurden. Die Definition von Strategie und gleichsam der Kodierhinweis zu dieser Hauptkategorie ist : *Als Strategie im Umgang mit den ADHS-Symptomen des Kindes werden alle Verhaltensweisen der Eltern gezählt, die entweder darauf ausgelegt sind, das Verhalten des Kindes oder die Auswirkungen der Symptomatik auf das eigene Leben oder das des Kindes zu verändern, oder die persönliche Bewältigung der ADHS-Symptomatik zu erleichtern.* Diese Definition umfasst alle Handlungen, deren Ziel es ist, den Umgang mit den ADHS-Symptomen zu beeinflussen. Hierbei muss das Ziel nicht unmittelbar oder notwendigerweise genannt werden. Es muss sich vielmehr sinnvoll aus dem Zusammenhang ergeben. Zum besseren Verständnis ist es bedeutsam, an dieser Stelle deutlich zu machen, dass der methodische Begriff Subkategorie, auf inhaltlicher Ebene eine Strategie der Eltern bedeutet. Subkategorie und Strategie sind demnach synonym zu verwenden, welcher Begriff verwendet wird, kommt jedoch auf den Kontext an.

Die mit *Strategie* codierten Textstellen wurden zunächst nochmals angehört und ausführlich gelesen, um ein noch detailgetreueres Verständnis im Sinnzusammenhang zu

erhalten. Dabei wurden erste Subkategorien induktiv aus dem Material heraus generiert und in einer Tabelle notiert. Die Liste der ersten Subkategorien ist in Tabelle 7 nachzulesen.

Tabelle 7

Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang

Subkategorie	Definition
(Nach)besprechen von Situationen	Umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind, dessen Inhalt das Verhalten des Kindes in Konfliktsituationen ist
Abfangen bevor eine Situation eskaliert/einschreiten	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, eine Eskalation oder Steigerung des Verhaltens des Kindes oder eines Konflikts mit einer anderen Person zu verhindern
Anforderungen runterschrauben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu führen, dass die durch Eltern oder Außenstehenden gestellten Anforderungen an das Kind verringert werden
Aufforderungen / Anweisungen geben	Umfasst alle Äußerungen der Eltern, die dem Kind eine klare Handlungsanweisung geben
Ausweichmöglichkeiten schaffen	Umfasst das aktive Schaffen von Räumen, Situationen und Möglichkeiten, in denen das Kind ein sonst störendes oder unangemessenes Verhalten problemlos ausleben kann
Belohnen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern oder von ihnen angebotene materielle Gegenstände, welche eine Belohnung für das Kind darstellen
Bestrafen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die für das Kind eine Strafe darstellen
Beim Kind bleiben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, räumliche Nähe zum Kind herzustellen und zu wahren, um dieses in möglichen Problemsituationen zu unterstützen
Das Kind mitreden lassen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die es dem Kind möglich machen seine eigenen Meinungen oder Vorstellungen anzubringen
Erinnern	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dazu dienen das Kind an bestimmte Aktivitäten oder Dinge zu erinnern oder es dabei unterstützen von selber daran zu denken

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang

Subkategorie	Definition
Erklären	Umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind die dazu dienen dem Kind den Sinn von bestimmten Verhaltensweisen und die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu erklären
Humor	Umfasst alle Interaktionen zwischen Eltern und Kind, in denen durch Humor oder Lachen eine vorher schwierige Situation erleichtert wird
Im Voraus planen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, potenzielle Konfliktsituationen durch vorherige Planung zu vermeiden, indem Gegebenheiten der Situation auf die Problematik des Kindes zugeschnitten werden oder vorher Absprachen getroffen werden
In Ruhe lassen	Kind oder ein Zurückziehen aus der Interaktion mit dem Kind beinhalten
Klare Regeln	Umfasst alle Verhaltensweisen, die klare Regeln für die Familienmitglieder aufweisen
Konsequent sein	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, in denen sie konsequent bei einer vorher getätigten Aussage bleiben und gegebenenfalls in der Aussage spezifizierte Verhaltensweisen auch ausführen
Kontrollieren	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dazu dienen, das Verhalten des Kindes zu überwachen oder zu beobachten
Medikamente	Umfasst die Medikamentengabe an das Kind
Nachgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche ein Abweichen von vorher getätigten Aussagen oder Regeln beinhalten
Dem Kind Strategien beibringen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dazu dienen, dem Kind eigene Strategien im Umgang mit seinen ADHS Symptomen beizubringen
Struktur vorgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dem Kind und dessen Verhalten explizit Struktur vorgeben

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang

Subkategorie	Definition
Therapie	Umfasst die Inanspruchnahme einer oder mehrerer Therapieformen
Verhalten unterbrechen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die einen komplexen Handlungsablauf in kleinere, für das Kind leichter zu verstehende oder auszuführende Teile brechen
Verständnis zeigen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dem Kind signalisieren, dass die Eltern Verständnis für sein Verhalten oder seine Probleme haben
Zurechtweisen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dazu dienen das Kind bei Fehlverhalten zurechtzuweisen
Vermeidung	Umfasst das Fernbleiben von Orten, Situationen oder Personen aus Gründen der Konfliktvermeidung
Abgrenzung	Umfasst alle Verhaltensweisen, die es den Eltern ermöglichen, sich von den ADHS spezifischen Verhaltensweisen des Kindes abzugrenzen bzw. zu distanzieren und somit die subjektive Beurteilung der Symptomatik und ihre negativen Auswirkungen auf das eigene Leben und das des Kindes zu verändern
Eigene Bedürfnisse beachten/erfüllen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, die eigenen Ressourcen zu stärken und eigene Bedürfnisse zu befriedigen, um somit besser mit ADHS-Symptomen umgehen zu können
Eigenes Verhalten verändern	Umfasst alle bewussten Veränderungen des Verhaltens der Eltern dem Kind gegenüber
Erwartungen anpassen	Umfasst das bewusste Anpassen von Erwartungen an das Kind und dessen Verhalten auf ein Niveau, das den momentanen Möglichkeiten des Kindes eher entspricht
Hilfe suchen	Umfasst aktive Suche nach Hilfe im Umgang mit den ADHS-Symptomen bei außenstehenden Personen oder Institutionen

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang

Subkategorie	Definition
Kompromisse machen	Umfasst das Entgegenkommen zwischen Elternteil und Kind und die Einigung auf eine Verhaltensweise, die für beide Parteien in Ordnung ist
Mit Institutionen im Austausch bleiben	Umfasst den Austausch zwischen Eltern und Institutionen, in denen das Kind betreut wird, über das Verhalten des Kindes oder den gewünschten Umgang mit dessen Verhalten
Positiv bleiben	Umfasst eine bewusst gewählte positive Einstellung der Eltern dem Kind und der Zukunft gegenüber
Ruhig bleiben	Umfasst den Entschluss, in einer Problemsituation Ruhe zu bewahren um diese zu entschärfen
Verhalten des Kindes durch eigenes Engagement ausgleichen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, Versäumnisse oder Schwierigkeiten des Kindes auszugleichen bzw. wieder gut zu machen
Wissen aneignen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die der Aneignung von Wissen über die ADHS-Diagnose und / oder den Umgang mit dieser dienen

Die Subkategorien wurden daraufhin überarbeitet und zusammengefasst. Die einzelnen Subkategorien wurden für die weiteren Codierungen definiert und im Computerprogramm festgehalten und einsehbar gemacht. Nun wurde eine erste Prüfung des Subkategoriensystems am Material durchgeführt. Dabei wurde die Reihenfolge der Interviews zufällig gewählt und fünf Interviews wurden anhand des Subkategoriensystems bearbeitet. Nach dieser ersten Prüfung wurde entschieden, dass eine Textstelle mehreren Subkategorien zugeteilt werden kann. Diese Entscheidung ergab sich aus dem Befund, dass in einer Situation häufig gleichzeitig mehrere Strategien von den Eltern angewendet werden. Um dieses Problem zu umgehen und die Einteilung präziser zu gestalten, müssten die Textstellen kleinschrittiger unterteilt werden, was jedoch zu einem Verlust des Sinnzusammenhangs führen würde. Demgegenüber wurde es als

wichtiger eingeschätzt, dass der Sinnzusammenhang in den Textstellen erhalten bleibt, als dass eine Textstelle nur eine Subkategorie erhält. Während des Materialdurchgangs wurden folgende Subkategorien modifiziert: *Wiederholen*, *Motivieren*, *Ignorieren*, *Verantwortung abgeben*, und *Sonstiges*. Bei einigen Subkategorien zeigte sich, dass die Bezeichnung geändert werden sollte, um die Abgrenzung zu anderen Subkategorien deutlicher zu machen. Das Beispiel der Kategorie *Bestrafung* eignet sich hierfür. Diese Subkategorie wurde umgewandelt in *Bestrafung, Zurechtweisen/ Drohen*. Dies erschien wichtig, weil viele Eltern nur vom Androhen der Strafen sprachen, eine eigene Kategorie *Drohen* erschien jedoch auch nicht sinnvoll, weil die Eltern in den meisten Fällen immer zusammen von Drohen und Bestrafen sprachen und hier nicht genau unterschieden werden konnte.

Eine weitere Subkategorie, die modifiziert wurde, ist *Situation Verlassen*; diese wurde durch den Aspekt *Vermeidung* erweitert, da in der Mehrheit der Fälle die Vermeidung von Situationen oft mit einem Fernbleiben von Orten in Bezug gesetzt werden konnte. Ebenso wurde *Kontrollieren* in *Kontrollieren/ Beobachten* erweitert, da durch das Beobachten gleichermaßen eine Form von Kontrolle stattfindet, die als erwähnenswert angesehen wurde.

Die Subkategorien *Anforderungen runterschrauben* und *Erwartungen anpassen* wurden zusammengefasst, weil die meisten der Textstellen doppelt kodiert wurden. Auch die Subkategorien *Wiederholen* und *Erinnern* wurden zusammengefasst, weil sie in den meisten Fällen gleich kodiert wurden. *(Nach)besprechen von Situationen*, *Kind mitreden lassen* und *Erklären* wurden zu *Miteinander reden* zusammengefasst. Besonders stark zusammengefasst wurden die Subkategorien *klare Grenzen*, *Struktur vorgeben*, und *Konsequent sein*, diese drei Subkategorien wurden zur Subkategorie *klare Regeln/ Grenzen, Absprachen & Struktur/ Konsequenz* verbunden. Dabei war den Subkategorien gemeinsam, dass den Kindern inhaltlich ein Rahmen vorgegeben wird und die zu erwartenden Auswirkungen seines Verhaltens dem

Kind erläutert und verständlich gemacht werden. Die Subkategorie *Abfangen, bevor eine Situation eskaliert/ Einschreiten* wurde auf *Einschreiten* reduziert.

Als die Subkategorien aus dem Material final erstellt worden waren, wurden zu den Definitionen noch prototypische Textbeispiele hinzugefügt (Kuckartz, 2016). Die Liste der Subkategorien mit Definition ist dem folgenden Kapitel sowie der Tabelle 8 zu entnehmen, eine Tabelle der Subkategorien mit prototypischen Textbeispielen ist dem Anhang⁹ zu entnehmen.

Nach der endgültigen Festlegung des Subkategoriensystems wurde das gesamte Material von zwei Codiererinnen kodiert.

Da die gewählte Definition von Strategie drei Komponenten enthält: (1) Bewältigung der ADHS-Symptomatik erleichtern, (2) Auswirkungen der Symptomatik verändern und (3) Verhalten des Kindes verändern, wurden die generierten Subkategorien am Ende des Codierens in diese drei Oberkategorien eingeteilt, um den heterogenen Subkategorien/Strategien eine strukturiertere Ordnung geben zu können.

Codiert wurde mit Hilfe des Computerprogramms MAXQDA, auch hier wurde eine InterCoderreliabilität von 90 % angestrebt und überprüft. Alle divergierenden Textstellen wurden im Team intensiv diskutiert, bis man sich auf einen Konsens einigen konnte (konsensuelles codieren) (Hopf & Schmidt, 1993).

4.2 Ergebnisse Strategien

Aus den Textstellen der Hauptkategorie Strategie wurde mit Hilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ein Subkategoriensystem induktiv aus dem Material heraus gebildet. Sie werden in diesem Kontext als Strategien bezeichnet, dieser zunächst methodische Vorgang kann als erstes Ergebnis der Analyse festgehalten werden.

⁹ Ist dem Anhang C zu entnehmen.

Bei der Analyse der Hauptkategorie *Strategie* konnten aus den generierten Subkategorien drei thematische Oberkategorien herausgearbeitet werden, diese sind: (1) *Bewältigung der ADHS-Symptomatik*, (2) *Auswirkungen der Symptomatik verändern*, (3) *Verhalten des Kindes verändern*. Unter diese Oberkategorien gliedern sich 36 Subkategorien. Diese Strategien wenden die Eltern im Umgang mit der Symptomatik der ADHS ihrer Kinder an.

Der folgenden Tabelle 8 sind die einzelnen Strategien und ihre Definitionen , die Häufigkeiten mit denen die Strategien genannt wurden, der Prozentanteil, den die einzelnen Strategien ausmachen und die Anzahl der Familien, die diese Strategie nutzen und wie viel Prozent dies jeweils sind, zu entnehmen.

Tabelle 8

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Kategorien	Definitionen	Häufigkeiten	
		Codierungen (%)	Anzahl der Familien (%)
Hauptkategorie: Strategie	Als Strategie im Umgang mit den ADHS-Symptomen des Kindes werden alle Verhaltensweisen der Eltern gezählt die entweder darauf ausgelegt sind das Verhalten des Kindes oder die Auswirkungen der Symptomatik auf das eigene Leben oder das des Kindes zu verändern, oder die persönliche Bewältigung der ADHS-Symptomatik zu erleichtern.	779 (100%)	18 (100%)
Oberkategorie: Bewältigung der Symptomatik erleichtern	In dieser Kategorie sind alle Strategien zusammengefasst, welche die Eltern verwenden, um mit den Symptomen besser umgehen zu können.	124 (15,92%)	18 (100%)
Abgrenzung	Umfasst die bewusste emotionale oder verhaltensbasierte Distanzierung oder Reduktion von der subjektiven Bedeutung der ADHS Symptomatik und ihrer negativen Auswirkungen auf das eigene Leben und das des Kindes	19 (2,42%)	6 (33,33%)
Anforderungen & Erwartungen anpassen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu führen, dass die an das Kind gestellten Anforderungen verringert werden oder, dass die Erwartungen der Eltern an das Kind und dessen Verhalten auf ein Niveau angepasst werden das den momentanen Möglichkeiten des Kindes eher entspricht.	3 (13,98%)	13 (72,22%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Eigene Bedürfnisse beachten / erfüllen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dazu dienen die eigenen Ressourcen zu stärken und eigene Bedürfnisse zu befriedigen um somit besser mit ADHS-Symptomen umgehen zu können	8 (1,03%)	7 (38,89%)
Humor	Umfasst alle Interaktionen zwischen Eltern und Kind, in denen durch Humor oder Lachen eine vorher schwierige Situation erleichtert wird	4 (0,51%)	3 (16,67%)
Kompromisse machen	Umfasst das Entgegenkommen zwischen Elternteil und Kind und die Einigung auf eine Verhaltensweise, die für beide Parteien in Ordnung ist	11 (1,41%)	9 (50%)
Positiv bleiben	Umfasst eine bewusst gewählte positive Einstellung der Eltern dem Kind und der Zukunft	3 (0,39%)	3 (16,67%)
Verantwortung abgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die darin resultieren, dass sie sich für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft nicht für das Verhalten des Kindes oder Entscheidungen verantwortlich fühlen	9 (1,16%)	5 (27,78%)
Vermeidung / Situation verlassen	Umfasst das Fernbleiben von Orten, Situationen oder Personen aus Gründen der Konfliktvermeidung oder das Verlassen einer Situation während eines Konfliktes um eine weitere Eskalation zu vermeiden	20 (2,57%)	11 (61,11%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Verständnis zeigen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dem Kind signalisieren, dass die Eltern Verständnis für sein Verhalten oder seine Probleme haben	12 (1,54%)	7 (38,89%)
Wissen aneignen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die der Aneignung von Wissen über die ADHS-Diagnose und / oder den Umgang mit dieser dienen	7 (0,89%)	4 (22,22%)
Auswirkungen der Symptomatik verändern	In dieser Kategorie sind alle Strategien zusammengefasst, welche die Auswirkungen der Symptomatik auf das eigene Leben oder das des Kindes verändern.	95 (12,19%)	18 (100%)
Ausweichmöglichkeiten schaffen	Umfasst das aktive Schaffen von Räumen, Situationen und Möglichkeiten in denen das Kind ein sonst störendes oder unangemessenes Verhalten problemlos ausleben kann	13 (1,67%)	10 (55,56%)
Hilfe suchen	Umfasst aktive Suche nach Hilfe im Umgang mit den ADHS Symptomen bei außenstehenden Personen oder Institutionen	20 (2,57%)	10 (55,56%)
Im Voraus planen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen potenzielle Konfliktsituationen durch vorherige Planung zu vermeiden, indem Gegebenheiten der Situation auf die Problematik des Kindes zugeschnitten werden oder vorher Absprachen getroffen werden	30 (3,85%)	14 (77,78%)
Mit Institutionen im Austausch bleiben	Umfasst den Austausch zwischen Eltern und Institutionen in denen das Kind betreut wird, über das Verhalten des Kindes oder den gewünschten Umgang mit dessen Verhalten	14 (1,79%)	11 (61,11%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Unterstützen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die das Kind bei etwas unterstützen, ohne weitere Spezifizierung in welcher Gestalt diese Unterstützung stattfindet	13 (1,67%)	9 (50%)
Verhalten des Kindes durch eigenes Engagement ausgleichen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dazu dienen Versäumnisse oder Schwierigkeiten des Kindes auszugleichen, bzw. wieder gut zu machen.	5 (0,64%)	4 (22,22%)
Verhalten des Kindes verändern	Diese Kategorie umfasst alle Strategien, welche die Eltern einsetzen, um direkt auf das Verhalten der Kinder Einfluss zu nehmen.	520 (66,75%)	18 (100%)
(Erstmal) nicht eingreifen	Umfasst alle Situationen, in denen die Eltern beschließen keinen Einfluss auf das Verhalten des Kindes zu nehmen. Dies kann entweder generell so geschehen oder aber verändert werden, wenn eine wirkliche Gefahr oder ein ernster Konflikt auftritt.	10 (1,28%)	5 (27,78%)
Anreize bieten	Umfasst das Anbieten von Anreizen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass das Kind eine gewünschte Verhaltensweise zeigt	18 (2,31%)	8 (44,44%)
Aufforderungen / Anweisungen geben	Umfasst alle Äußerungen der Eltern, die dem Kind eine klare Handlungsanweisung geben	31 (3,97%)	12 (66,67%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Beim Kind bleiben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, räumliche Nähe zum Kind herzustellen und zu wahren, um die Entstehung von Problemsituationen zu vermeiden oder es in diesen zu unterstützen	17 (2,18%)	12 (66,67%)
Belohnen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die eine Belohnung für das Kind darstellen, angebotene materielle Gegenstände oder soziale Unternehmungen.	32 (4,11%)	11 (61,11%)
Bestrafen, Zurechtweisen & Drohen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dazu dienen, das Kind bei Fehlverhalten zurechtzuweisen oder dieses zu bestrafen bzw. eine Strafe anzudrohen.	63 (8,09%)	16 (88,89%)
Dem Kind Strategien beibringen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dazu dienen dem Kind eigene Strategien im Umgang mit seinen ADHS-Symptomen beizubringen	13 (1,67%)	8 (44,44%)
Eigenes Verhalten verändern	Umfasst alle bewussten Veränderungen des Verhaltens der Eltern, dem Kind gegenüber	15 (1,93%)	8 (44,44%)
Einschreiten	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dazu dienen eine Eskalation oder Steigerung des Verhaltens des Kindes oder einen Konflikt mit einer anderen Person zu verhindern	18 (2,31%)	8 (44,44%)
Erinnern / Wiederholen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die eine Wiederholung von etwas bereits Gesagtem darstellen, dazu dienen das Kind an Aktivitäten oder Dinge zu erinnern oder dem Kind eine Hilfestellung bieten von selber dran zu denken.	31 (3,98%)	12 (66,67%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Ignorieren	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, in denen sie bewusst nicht auf das Verhalten des Kindes achten, bzw. eingehen.	7 (0,89%)	4 (22,22%)
In Ruhe lassen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die ein Abwenden vom Kind oder ein zurückziehen aus der Interaktion mit dem Kind beinhalten	21 (2,69%)	13 (72,22%)
Klare Regeln / Grenzen, Absprachen & Strukturen / Konsequenz	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dem Kind klare Regeln oder Strukturen vorgeben, oder Situationen, in denen die Eltern konsequent bei einer vorher getätigten Aussage bleiben und gegebenenfalls in der Aussage spezifizierte Verhaltensweisen auch ausführen	84 (10,78%)	15 (83,33%)
Kontrollieren / Beobachten	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dazu dienen, das Verhalten des Kindes zu überwachen oder beobachten	8 (1,03%)	4 (22,22%)
Medikamente	Umfasst die Medikamentengabe an das Kind	22 (2,82%)	9 (50%)
Miteinander reden	Umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind, die zum Ziel haben Konfliktsituationen vorzubeugen, sie nachzubesprechen, dem Kind den Sinn von bestimmten Verhaltensweisen oder die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu erklären, oder dem Kind die Möglichkeit bieten, seine Meinung oder Vorstellung anzubringen.	66 (8,47%)	17 (94,44%)

Tabelle 8 (Fortsetzung)

Strategien und deren Codierungs- und Anwendungshäufigkeiten

Motivieren	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, das Kind zu einer Tätigkeit zu bewegen, bzw. motivieren ohne weitere Spezifizierung in welcher Gestalt diese Motivation stattfindet	8 (1,03%)	5 (27,78%)
Nachgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche, ein Abweichen von vorher getätigten Aussagen oder Regeln beinhalten	4 (0,51%)	4 (22,22%)
Ruhig bleiben	Umfasst den Entschluss in einer Problemsituation Ruhe zu bewahren um diese zu entschärfen	20 (2,57%)	9 (50%)
Therapie	Umfasst die Inanspruchnahme einer oder mehrerer Therapieformen für das Kind	32 (4,11%)	14 (77,78%)
Sonstiges	Umfasst alle Strategien, die sich keiner der Kategorien zuordnen lassen oder zusätzlich noch Inhalte aufweisen, die von den bestehenden Kategorien nicht abgedeckt werden	40 (5,13%)	16 (88,89%)

Insgesamt wurden in allen Interviews zusammen 779 Codes vergeben. In der Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern* wurden 520 Textstellen codiert, auf diese Kategorie entfallen somit am meisten Codes bzw. Textstellen. Das entspricht einem Prozentanteil von 66,75%. Daran schließen sich *Bewältigung der Symptomatik erleichtern* mit 124 Textstellen an, was 15,92% entspricht. *Auswirkungen der Symptomatik verändern* folgen darauf mit 95 Textstellen und 12,19%. 40 Textstellen (5,13%) entfallen auf die Restkategorie *Sonstiges*, diese Textstellen sind aussagekräftig, können jedoch in keine andere Subkategorie eingestuft werden. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass die Eltern eine Vielzahl an Strategien nutzen, und dass sie aus allen drei Oberkategorien mehrere Strategien nutzen. In Clusteranalysen zeigten sich keine vergleichbaren Muster verwendeter Strategien, sodass keine sinnvolle Typenbildung möglich ist. Weder nach der Anzahl der eingesetzten Strategien oder der Häufigkeit der Nennungen bestimmter Strategien, noch nach den grundlegend eingesetzten Strategie konnte eine Einteilung der Familien in Typen gefunden werden. Es zeigen sich zwar viele verschiedene Strategien, aber dennoch keine deutliche Tendenz hinsichtlich eines oder mehrerer gleicher Muster im interfamiliären Einsatz der unterschiedlichen Strategien.

Allerdings zeigt sich eine deutliche Tendenz zur Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern*. Die sechs am häufigsten genannten Strategien subsumieren sich alle in dieser Oberkategorie. Im Folgenden werden die meist genannten Strategien mit Textbeispielen erläutert. Aufgrund der statistischen Relevanz (66,75%) werden mehr Strategien (6) aus der Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern* erläutert als aus den beiden anderen Oberkategorien, bei diesen werden jeweils drei erläutert.

4.2.1 Verhalten des Kindes verändern

Über die Hälfte der codierten Textstellen (520) fallen unter die Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern*. Insgesamt wurden 20 Strategien unter dieser Kategorie

zusammengefasst. Die sechs häufigsten Strategien stammen ebenfalls aus dieser Oberkategorie. Sie werden im Folgenden mit Textbeispielen erläutert.

Klare Regeln / Grenzen, Absprachen & Strukturen / Konsequenz ist die häufigste Strategie (84; 10,78%). Sie umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dem Kind klare Regeln oder Strukturen vorgeben, oder Situationen, in denen die Eltern konsequent bei einer vorher getätigten Aussage bleiben und gegebenenfalls in der Aussage spezifizierte Verhaltensweisen ausführen. Deutlich werden muss in der Textstelle, dass die Regeln deutlich kommuniziert sind und die Kinder sich darüber bewusst sind.

Und wenn die Kinder mit einkaufen gehen, dann ist es meistens am Wochenende, aber dann ist dann auch klar, okay ein Produkt dürft ihr mit entscheiden, ähm was ihr gerne möchtet. Aber dann, wenn halt auch noch fünf andere gerne gewünscht werden, dann sag ich halt so, okay eins. //mhm// Und dann muss man sich halt entscheiden. //mhm// Punkt. Aus (AS090715)

Diese Einkaufsregel wird von der Mutter ganz klar kommuniziert und wird konsequent so angewendet. Aus einem ganz anderen Bereich ist die folgende Textstelle, dies verdeutlicht die Bandbreite der Kategorie, doch auch hier wird klar, dass es eine Regel gibt, die allen bewusst ist, die dann konsequent durchgesetzt wird und die für die Beteiligten unumgänglich ist:

Und deswegen zum Beispiel duschen läuft so, dass sie alleine duschen sollen. Damit sie dann keine Stunde unter der Dusche stehen, gibts halt unsere Kurzzeitwecker, das kann wenns schnell gehen soll, das ist klar, sie kriegen fünf Minuten zum Drunterstehen. Wenn der Wecker klingelt haben sie sich abzuseifen. //mhm// Also solche Geschichten. Wir haben das dann auch schon mit zwei Weckern gemacht, wenn der erste Wecker klingelt wird sich abgeseift, wenn der zweite @Wecker klingelt wird die Dusche ausgemacht und man geht raus.@ //okay// Genau. Solche Sachen. Oder halt, hauptsächlich beim, beim Computerspielen oder beim Fernsehgucken, dass dann halt die Kurzzeitwecker verwendet werden. Bei den Hausaufgaben weniger (.) ähm, hatten wir am Anfang mal gemacht, aber dem Kleinen hat das gar nicht gut getan, haben wir

einfach festgestellt, weil der dann so unter Druck war, dass er gar nichts machen konnte. //mhm// Beim M. wars son bisschen der Ansporn, dass er wusste, okay er macht 20 Minuten was, wenn der Wecker klingelt darf er aufhören. //mhm// Ähm. Ja. Also die Wecker werden bei uns schon ziemlich oft eingesetzt. (AS090715)

Diese Familie hat ganz klare Strukturen und Absprachen sowie Regeln. Durchgesetzt werden diese mit einem Signalton in Form von Kurzzeitweckern, die den Kindern klare Absprachen verdeutlichen, ohne dass die Mutter eingreifen muss.

Die Strategie **Miteinander reden** (66; 8,47%) wurde am zweithäufigsten erwähnt, sie umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind, die zum Ziel haben, Konfliktsituationen vorzubeugen, sie nach zu besprechen, dem Kind den Sinn von bestimmten Verhaltensweisen oder die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu erklären, oder aber dem Kind die Möglichkeit bieten, seine eigene Meinung oder Vorstellung anzubringen und teilweise sogar in Entscheidungen mit einzubinden.

Jaa, und da habe- hat er da hab ich mit ihm auch gesprochen, da hat er (2) zwei Wochen Pause gehabt, und da hat er die Zeit gehabt zu überlegen, ob er will oder nicht //hmm//. Aber das war kein Drohungen, das war einfach "Du musst dir überlegen halt, wenn du willst dann musst du zusammenarbeiten, wenn du willst nicht ist es auch okay". Jede Entscheidung ist gut. (AS170915)

Am dritthäufigsten wurde die Strategie **Bestrafen, Zurechtweisen & Drohen** (63; 8,09%) genannt. Sie umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, das Kind bei Fehlverhalten zurechtzuweisen, zu bestrafen oder eine Strafe anzudrohen; oft geht dieses Verhalten/ diese Strategie mit einer Veränderung der Stimme einher, die Eltern werden lauter oder schreien.

Also sag ich mal, wenn er zerstörerisch wird dass er mir irgendwie was kaputt macht oder so, dann bin ich auch wütend. Also dann schick ich ihn auch gleich raus, ne, also das:: ähm, also da zahlt er auch damit wenn, wenn er mal jetzt irgendwie was weiß denn

ich äh, mit Absicht was kaputt macht, dann geh ich auch an sein Taschengeld (.) das weiß er aber auch. ähhhm. Aber wie gesagt, wenn ich merk dass das von null auf hundert ist und dann verlass ich die Situation //hmmm// weil: wenn ich hierbleiben würde und würd kontra geben oder ihn genauso anschreien oder, ich mein gut, also nicht gleich, ich tu dann schonmal auch zurück schreien, also es ist nicht so dass ich jetzt da (.) gleich die Flucht ergreife oder so, ich kann dann auch mal zurück schreien oder so, ne. aaber äh es bringt einfach nichts. Ich schrei vielleicht mal zurück, aber wie gesagt ich verlass die Situation und so schnell er sich beruhigt hat, komm ich dann auch wieder runter. (CH230715)

Es wird deutlich, dass die Mutter durch Schreien ihrem Kind eine Strafe androht und dass es auch schon vorgekommen ist, dass die Mutter vom Taschengeld des Kindes Dinge bezahlt hat, die in einem Wutausbruch kaputt gegangen sind. An einer anderen Textstelle im gleichen Interview ist beispielsweise die Rede von einer Glasscheibe in einer Tür, die das Kind so fest zugeschlagen hatte, dass sie zerbrach. Diese musste es über einen längeren Zeitraum vom eigenen Taschengeld bezahlen.

An 32 Textstellen berichteten die Eltern davon, dass sie ihr Kind **Belohnen** (32; 4,11%). Damit sind alle Verhaltensweisen der Eltern gemeint, die eine Belohnung für das Kind darstellen, z.B. angebotene materielle Gegenstände oder soziale Unternehmungen. Dies reicht von einem mündlichen Lob über eine Schatzkiste, aus der sich die Kinder etwas aussuchen dürfen (z.B.: Süßigkeiten oder kleine Spielzeuge) bis hin zu Ausflügen und gemeinsam verbrachte Zeit (z.B.: Zoo oder Schwimmbad)

und tu ihn halt meistens dann belohnen, wenn sowas ist, ob wir ins Kino gehen oder so ne. Oder dass wir nen Eis holen gehen da in XY, gibts so ein Eisdiehl, und da sag ich halt zu ihm "hopp auf wir gehen jetzt da noch in XY nach der Verhaltenstherapie kannst dir noch en Eis holen" oder so gehen wir noch zusammen so Eis essen oder //hmm// so in derer Hinsicht. Joa (AWE_Tele051115)

In dieser Textstelle wird das Kind für sein gutes Verhalten unmittelbar durch ein Eis belohnt.

Therapie (32; 4,11%) wurde ebenfalls als Strategie kodiert. Hier wurden alle Textstellen kodiert, in denen die Eltern von der Inanspruchnahme einer oder mehrerer Therapieformen für das Kind berichteten. Dies umfasst beispielsweise Neurofeedback, Verhaltenstherapie oder Ergotherapie. Die Kinder haben meist mehrere und langjährige Therapien durchlaufen oder sind noch dabei.

Haben wir halt da versucht nen Therapieplatz zu bekomme, wurde genehmigt (2) und dann hat er da (.) wie lange wars, 60 war ne Jahr oder so äh, oder 48 sch- Sitzungen glaub ich, () //hmm// die er dann (.) Einzeltherapie gemacht hat. und dann kam halt dieses Angebot mit dem SOMMERCAMP //hmm//, das war nach der Einzeltherapie //hmm// (3) da hab, war ja auch Elternlehrgang dann also nen Kurzlehrgang //hmm// dabei, wo die Eltern lernen, was sie nen bissche mache könne. (AR250915)

Die meisten Strategien, die die Eltern berichten, setzen bei dem Verhalten des Kindes an. Meist beinhalten die Strategien, dass die Kinder angesprochen werden und zwar in der Regel in einem negativen Zusammenhang. Dies bedeutet für die Kinder, dass sie mehr mit ihrem Problemverhalten konfrontiert werden als mit ihren positiven Eigenschaften. Eine Ausnahme bildet die Strategie *Belohnen*. Es ist begrüßenswert, dass diese Strategie so häufig zur Anwendung kommt.

4.2.2 Bewältigung der ADHS-Symptomatik erleichtern

In der Oberkategorie *Bewältigung der ADHS Symptomatik erleichtern* sind zehn Strategien zusammengefasst. An dieser Stelle werden die drei wichtigsten Kategorien genannt und mit einem Beispiel verdeutlicht.

Am häufigsten wurden in dieser Kategorie die Strategie **Anforderungen und Erwartungen anpassen** (31; 3,98%) genannt. Diese umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern,

die dazu führen, dass die an das Kind gestellten Anforderungen verringert werden, oder dass die Erwartungen der Eltern an das Kind und dessen Verhalten auf ein Niveau angepasst werden, das den momentanen Möglichkeiten des Kindes eher entspricht. Dies bedeutet, dass ein gewünschtes Verhalten genau heruntergebrochen wird, die Anforderungen heruntergeschraubt oder die Erwartungen deutlich angepasst werden. Sehr typisch ist ein Beispiel aus dem Bereich der Schulleistungen:

Dann im dritten Schuljahr komplett rausgenommen [aus dem Hort](.) ähhm, um einfach für ihn die sozialen Herausforderungen einzuschränken, weil er ja schon den ganzen Vormittag in der Klasse dem ausgesetzt ist ständig, dass ständig jemand um ihn rum ist. Zuhause ja auch, und der R. ist schon auch jemand der (.) ähm (.) wenn der sich was vorgenommen hat, dann ist ihm das auch egal welche Grenzen ihm aufgezeigt werden. Er möchte dann seine Lego-Sache bauen und bedient sich dann bei den Geschwistern. Und da wollte ich einfach für den D. das runterfahren und das hat auch echt viel gebracht für seine soziale Entwicklung im letzten Schuljahr. (BS240915)

Zur Erklärung dieser Textstelle ist wichtig zu wissen, dass das genannte Kind R. noch zwei Geschwister hat. Eines ebenfalls mit ADHS, dieses Kind D. wurde von den Eltern bewusst früher aus dem Hort abgeholt, damit es zuhause noch Zeit hatte, sich selbst zu beschäftigen, weil die Mutter merkte, dass dies sehr wichtig ist, auch wenn die anderen Geschwister noch anders betreut wurden. In dieser Situation wurden die Anforderungen des Kindes zunächst sensibel wahrgenommen und dann angepasst und speziell auf das Kind zugeschnitten, denn die anderen Kinder der Familie wurden weiterhin betreut.

Die Strategie **Vermeidung/ Situation verlassen** (20; 2,57%) beinhaltet das Fernbleiben von Orten, Situationen oder Personen aus Gründen der Konfliktvermeidung oder das Verlassen einer Situation während eines Konfliktes um eine weitere Eskalation zu vermeiden. Das kann beispielsweise bedeuten, dass eine Mutter beschließt, das Kind in einen anderen Kindergarten zu geben, weil sie annimmt, dass die Erzieherinnen nicht mit den besonderen Bedürfnissen des

Kindes umgehen können, oder dass eine Mutter den Raum verlässt, bevor eine Situation eskaliert, und die Situation erst mit Abstand und weniger Emotionen klärt. Im folgenden Beispiel erklärt eine Mutter die Situation, wenn sie Einkaufen gehen will.

((lacht)) @ich muss ehrlich zugeben@ wenn ichs irgendwie vermeiden kann geh ich mit den Kindern nicht einkaufen. //okay// ich nehm höchstens einen mit. Also das ist so die Situation, aber (.) ich glaub das wär schon seehr (.) also das ist so ne Situation die versuche ich mit allen Mitteln zu vermeiden. (BS250915)

Auf die Frage nach einer gewöhnlichen Situation beim Einkaufen antwortet die Mutter, dass sie das gemeinsame Einkaufen versucht zu vermeiden.

Abgrenzung (19; 2,42%) ist die letzte hier erläuterte Strategie in der Oberkategorie *Bewältigung der ADHS-Symptomatik erleichtern*. Diese beschreibt die bewusste emotionale oder verhaltensbasierte Distanzierung oder Reduktion von der subjektiven Bedeutung der ADHS-Symptomatik und deren negativen Auswirkungen auf das eigene Leben und das des Kindes. Die Eltern haben sich oft eine Strategie zurecht gelegt, durch die sie sich nicht mehr von jeder kleinen Problematik aus dem Konzept bringen lassen, vor allem nicht von anderen. Oftmals geht dies einher mit der Reduzierung der Rolle der ADHS-Symptomatik im Alltag.

und wir haben eigentlich inzwischen beschlossen, wir versuchen irgendwie so durch den Tag zu kommen, dass es uns halbwegs gut geht und ansonsten versuchen wir das was so an (2) äh ja Wünschen, Herausforderungen und sonst was an uns rangetragen wird, von Schule, von sonst- einfach irgendwie weitgehend abprallen zu lassen. //mhm// Ja. Und sich auch nicht mehr drum zu kümmern äh ich mein das ist natürlich ne Problematik, was dann so die Anreize für die Leistung von H. betrifft in der Schule, aber inzwischen nehm ichs auch nicht mehr Ernst, wenn sie nach Hause kommt und wieder irgendwie ne 6 anschleift weil der, weil der Lehrer nicht verstanden hat, dass allein auf sein-, auf seiner blödsinnigen Aufgabenstellung äh die er auf H. auch noch meint gezielt auszurichten, von vornerein überhaupt nichts rauskommen konnte. //okay// Ja. Also ((atmet aus)) ja und des is dann halt, das ist dann halt so (DL281015)

4.2.3 Auswirkungen der Symptomatik verändern

Die dritte Oberkategorie *Auswirkungen der Symptomatik verändern* bezieht sich immer darauf, die Umstände und Gegebenheiten zu verändern und nicht bei dem Verhalten der Kinder anzusetzen (im Gegensatz zu *Bewältigung der ADHS-Symptomatik* wie im vorherigen Kapitel beschrieben). Das heißt, die Auswirkungen der Symptomatik auf das eigene Leben oder das des Kindes so zu gestalten, dass es den besonderen Bedürfnissen angepasst ist. Insgesamt wurden hier sechs Strategien gefunden, davon werden die drei häufigsten im Folgenden dargestellt.

Am häufigsten in dieser Kategorie wurde ***Im Voraus planen*** (30; 3,85%), zugeordnet. Diese Kategorie bezeichnet alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, potenzielle Konfliktsituationen durch vorherige Planung zu vermeiden, indem Gegebenheiten der Situation auf die Problematik des Kindes zugeschnitten werden oder vorher Absprachen getroffen werden. Zum Beispiel wird die Dauer von Besuchen bei anderen Familien so geplant, dass es auf die Aufmerksamkeitsspanne der Kinder angepasst ist. Eine andere Variante ist, die Familien zu sich einzuladen, damit das Kind in der gewohnten Umgebung zuhause spielen kann. Eine andere Mutter berichtet, dass sie immer darauf achtet, dass die Umgebungsgegebenheiten so sind, dass das Kind sich austoben kann, beispielsweise achtet sie darauf, dass es einen Garten gibt, oder das Kind nach draußen gehen kann.

Ich versuch die Badsituation zu entzerren, sodass immer nur ein Kind im Bad ist //mhm//. Weil da gabs ne Zeit lang sehr viel Streit und das war einfach ein Punkt, der nicht gut funktioniert hat. Deswegen entzerren wir des so, dass immer ein Kind sich anzieht und ein Kind im Bad ist, sodass so bisschen logistisch zeitmäßig gut geplant ist. (AS090715)

In dieser Sequenz wird deutlich, dass es im Alltag kaum eine Situation gibt, die nicht durchgeplant und strukturiert ist, zumindest nicht, wenn es darum geht zu einer bestimmten Zeit fertig zu sein.

Hilfe suchen (20; 2,57%), diese Strategie umfasst die aktive Suche nach Hilfe im Umgang mit den ADHS-Symptomen bei Personen oder Institutionen, jedoch nicht direkt auf das Verhalten des Kindes zentriert. Zum Beispiel weitere Unterstützung durch das Jugendamt, etwa in der Schule, oder eine Familienhilfe oder auch eine eigene Therapie.

das versteh ich jetzt nicht, www warum er das jetzt nicht versteht und da hab ich angefangen Hilfe zu suchen. Es gab ee em er war im studentischen Kindergarten, also vom Studentenwerk //hmm// und äh dort war am Schwarzen-Brett immer so ein Poster von der psychologischen Beratung vom Studentenwerk und das war die erste Anlaufstelle für mich, da hab ich mir den ersten Rat geholt. ähm die haben mich dann verwiesen an äh, die AWO, ähm, der und ähm bei der AWO hab ich auch die erste Beratung in Anspruch genommen und die haben da, äh, die kannten auch das Kind nicht und die haben da zum Beispiel auch gesagt, weil M. auch sehr schüchtern ist, gesagt er soll den Till-Tiger-Kurs machen. //hmm// so für mutiger werden und selbstständiger. Ja und ähm nach diesem Kurs war eeh, hat die Beraterin gesagt auch also am besten nochmal zur Psychologin gehen. (NM021015)

Die letzte Strategie, die hier ausführlich erläutert wird, ist: **Mit Institutionen im Austausch bleiben** (14; 1,79%). Diese umfasst den Austausch zwischen Eltern und Institutionen, in denen das Kind betreut wird über das Verhalten des Kindes oder den gewünschten Umgang mit dessen Verhalten, zum Beispiel in der Schule, in Sportvereinen oder in der Nachmittagsbetreuung.

Sozial war grad die erste Klasse sehr sehr anstrengend, also er hat wirklich andere Kinder oder immer speziell ein Kind wirklich auch geschlagen, bedroht ähm (2) belogen zum Teil auch. //mhm// Ähh genau. Und da standen wir halt viel im Kontakt mit der Lehrerin. (AS090715LL)

Durch den engmaschigen Austausch mit der Lehrerin konnte die hier angespannte Situation zumindest zufriedenstellend aufgearbeitet werden.

4.3 Diskussion Strategie

Ein Ziel der Analyse der Leitfadeninterviews war es, mehr über die Strategien zu erfahren, welche die Eltern von Kindern mit ADHS im Alltag anwenden. Dazu wurden die Eltern zu ihrem Alltag und dem Umgang mit ihrem Kind gefragt. Sie wurden jedoch nicht explizit nach Strategien gefragt und wussten auch nicht, dass dieses Thema ein Schwerpunkt der Auswertungen sein würde. In der Theorie ist bekannt, dass die Eltern von Kindern mit ADHS stärker belastet sind als Eltern von sich normal entwickelnden Kindern. Auch die Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern mit ADHS gelten als mehr belastet als die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die kein ADHS haben (Barkley, 2002).

Die Analyse der Leitfadeninterviews ergibt die drei Oberkategorien: (1) *Verhalten des Kindes verändern*, (2) *Auswirkungen der Symptomatik verändern* und (3) *Bewältigung der ADHS-Symptomatik erleichtern*; unter diese können thematisch insgesamt 36 Strategien subsumiert werden. Die Eltern nutzen eine Vielzahl an Strategien. Jede Strategie wird von mehreren Familien angewandt, keine wird exklusiv von einer Familie eingesetzt. Jedoch sind die Familien und die eingesetzten Strategien zu heterogen, als dass man sie in Typen oder Cluster einteilen könnte. Die Strategien der Eltern sind ebenso unterschiedlich wie die Symptomatik der Kinder und die Lebensumstände der Familien. Deutlich am meisten nutzen die Eltern jedoch Strategien aus der Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern*. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen bereits vorangegangener Studien. Beispielsweise finden Firmin und Phillips (2009), dass die Eltern schwierige Situationen im Voraus planen, um dadurch Konflikte zu vermeiden. Oder sie eignen sich Wissen über die Störung an, um den Alltag besser zu meistern (Moen et al., 2011; Segal, 1998). Eine weitere häufig berichtete Strategie ist Belohnung oder ein Belohnungssystem, auch dies deckt sich mit unseren Ergebnissen (Bull & Whelan, 2006; Firmin & Phillips, 2009; Kendall, 1998). Goodwillie (2014) zeigte, dass die Eltern ihre Kinder oft mehr bewachen und beobachten, als andere Eltern, deren

Kinder keine ADHS-Diagnose haben. Auch diese Strategie konnten wir finden, die Eltern *Kontrollieren und Beobachten* ihre Kinder, um dann gegebenenfalls *Einzuschreiten*. Auch die bei Kendall (1998) beschriebene Strategie die *Verantwortung abzugeben* wird bei den Eltern dieser Stichprobe genannt. Und auch die Strategie *Positiv bleiben*, die ebenfalls von Lin und Kollegen (2009) und Segal (2001) beschrieben wird können wir finden. Die Ergebnisse zeigen, dass die hier gefundenen Ergebnisse keinesfalls Einzelfälle sind, sondern, dass sie auch in anderen Studien bereits gefunden werden konnten. Damit ordnen sich die hier gefundenen Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand ein. Darüber hinaus konnte in dieser Studie eine größere Anzahl von differenzierten Strategien gefunden werden, die ein feineres und detaillierteres Bild zeigen. In dieser Studie konnten weitaus mehr Strategien innerhalb der einzelnen Familien gefunden werden als in den bisherigen Studien. Demnach wurden die elterlichen Strategien im Umgang mit der ADHS-Symptomatik ihrer Kinder noch nie so detailliert und facettenreich beschrieben und diskutiert. Eine Stärke der Leitfadeninterviews ist, dass die Ergebnisse mit eindrücklichen Erzählpassagen verknüpft und verstanden werden. So entsteht nicht nur das Wissen darüber, dass es ein Problem gibt, sondern es gibt gleichzeitig eine bildhafte Beschreibung dazu.

An dieser Stelle werden die Strategien diskutiert, die am häufigsten genannt wurden, da die Diskussion jeder Strategie den Umfang dieser Dissertation übersteigen würde. Die hier diskutierten Strategien sind nach der Häufigkeit der vergebenen Kategorien in den Interviews ausgewählt. Dies ist losgelöst von den Oberkategorien, alle stammen aus der Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern*. Die vier am häufigsten genannten Strategien sind (1) *Klare Regeln/ Grenzen, Absprachen & Strukturen/ Konsequenz*; (2) *Miteinander Reden*; (3) *Bestrafen, Zurechtweisen, Drohen*; (4) *Belohnen*; (5) *Therapie*.

(1) ***Klare Regeln, Absprachen und Strukturen und Konsequenzen*** ist die Kategorie mit den meisten Nennungen und die einzige Kategorie, die insgesamt über 10% (10,78%) der

Nennungen ausmacht. Insgesamt haben 15 Familien diese Strategie verwendet. Diese Kategorie umfasst ein breites Spektrum an Handlungen, die die Eltern ausführen können, wie beispielsweise: Ablaufpläne in der Tagesstruktur, Zeitenregelungen mit Kurzzeitweckern oder wiederkehrende Konsequenzen für gleiches Verhalten, positiv wie negativ. Dies ist auch ein wesentlicher Baustein des evidenzbasierten Therapieprogramms THOP von Döpfner (Döpfner, 2008). Kinder und Eltern lernen hier, positive Verhaltensweisen durch das Sammeln von Punkten aufzubauen. Dieses Prinzip machen sich die Eltern auch beim Einsatz dieser Strategie zu Eigen. Durch die klaren Absprachen und Strukturen wird für die Kinder das Verhalten der Eltern und die Konsequenzen transparent und dadurch vorhersehbar. Dies macht es für die Kinder einfacher, ihr eigenes Verhalten und besonders die Impulsivität besser zu kontrollieren.

(2) **Miteinander Reden**, diese Strategie wurde am zweithäufigsten genannt und macht 8,47% der Nennungen im Vergleich zu den anderen Strategien aus, sie wurde von 17 Familien, also nahezu jeder Familie genutzt. Bisher ist diese Strategie so noch nicht in anderen Studien erfasst worden, in dieser Studie aber ist sie eine zentrale Strategie. Sie umfasst alle Gespräche, welche die Eltern mit ihren Kindern führen, um Situationen zu klären, vor- oder nach-zu-besprechen. Eine wichtige Komponente ist, dass Eltern und Kinder miteinander sprechen und vor allen Dingen Situationen besprechen, die bevorstehen, damit sie in einem bestimmten Rahmen ablaufen, oder dass sie Situationen, die schon zurück-liegen, besprechen. Diese Strategie lässt eine Partizipation der Kinder zu, denn auch sie haben die Möglichkeit sich zu äußern. Diese Strategie ist jedoch nicht in jedem Kontext zielführend. In Momenten, in denen die Kinder oder auch die Eltern sehr erregt sind, ist es nicht zielführend, einen Konflikt sofort durch eine emotional geladene Diskussion lösen zu wollen. Jedoch kann es für ein Kind sehr wichtig sein, Situationen, die möglicherweise herausfordernd werden können, vorab zu besprechen. Ein Beispiel aus einem Interview ist die Situation eines bevorstehenden Schulausflugs; eine Mutter beschreibt im Interview sehr genau, wie sie morgens mit ihrem Sohn

den Inhalt des Rucksacks anschaut und genau durchspricht, wie der Tag ablaufen wird. Was er an Essen und Trinken und weiteren Utensilien dabei hat, die er für den Tag braucht. Die verbalen Hinweise der Mutter fungieren als Hilfestellung und Vorbereitung für einen reibungslosen Tagesablauf.

Bei dieser Strategie wird sehr deutlich, dass jede Strategie dem Kontext angepasst adaptiv oder maladaptiv sein kann. Daraus ergibt sich, dass es auch nicht Gegenstand dieser Dissertation ist, eine Bewertung der Strategien vorzunehmen. Die Strategien sollen nur beschrieben jedoch nicht bewertet werden. Es zeigt sich auch hier wieder, wie wichtig es ist, dass die Eltern nicht nur Strategien erlernen, wie sie mit dem Verhalten der Kinder umgehen sollen, sondern gleichzeitig lernen, den Kontext einzubinden und das richtige Maß zu finden. Auch in Therapieprogrammen für Kinder mit ADHS wird geraten, dass die Eltern mit ihren Kindern zielführende Gespräche führen (zum Beispiel: Döpfner, 2002). Das verdeutlicht auch, die Heterogenität der ADHS-Symptomatik und dass nicht jede Strategie nicht für alle Familien passend ist.

(3) **Bestrafen, Zurechtweisen, Drohen** diese Strategie wurde am dritthäufigsten genannt mit einem Prozentanteil von 8,09%. Dies ist die Strategie mit der negativsten Konnotation. Einige Eltern berichten von Situationen, in denen sie ihr Kind angeschrien oder es bestraft haben, oder sogar körperlich gewaltsam wurden. Dies ist zum einen ein Hinweis darauf, dass die Eltern sehr ehrlich sind in ihren Erzählungen, weil dieses Verhalten der Eltern sozial nicht anerkannt und unter Umständen strafbar ist. Gleichmaßen offenbart es die Verzweiflung der Eltern, denn es wird deutlich, dass sie ausschließlich so handeln, wenn sie mit der Situation völlig überfordert sind und sich nicht anders zu helfen wissen. Dass diese Strategie so häufig eingesetzt wird, ist alarmierend, jedoch auch eine wertvolle Information. Ganz offensichtlich sind die Eltern oft an ihren persönlichen Grenzen und wissen sich wider besseres Wissen nicht anders zu helfen oder handeln aus dem Affekt heraus. Des Weiteren ist bekannt, dass viele

Eltern selbst unter einer ADHS-Symptomatik leiden und daher die Vermutung nahelegt, dass auch sie sehr impulsiv in emotionalen Situationen reagieren können. Es ist ein wichtiges Indiz dafür, dass Eltern noch mehr Unterstützung und weitere Hilfe benötigen, damit das Auftreten solcher Situationen, in denen sie so handeln, verringert werden kann. Wie Hallberg und Kollegen (2008) zeigten, sind Eltern oft am Rande ihrer Belastbarkeit und erfahren weniger soziale Unterstützung von Freunden und der Familie als Eltern, deren Kind kein ADHS hat, obwohl sie vielleicht mehr Unterstützung bräuchten. Eine Mutter beschreibt an einer Stelle des Interviews sehr deutlich, dass sie sich oft ärgert, wenn sie mit anderen Müttern, deren Kinder kein ADHS haben, zusammen ist und sie hört, über welche Dinge diese sich beklagen. Sie kann dann nicht nachvollziehen, wieso die Mütter sich über solche Kleinigkeiten echauffieren. Jedoch berichtet sie ebenfalls, dass ihr dabei auch die Stärken ihres Kindes feststellen kann, wie beispielsweise den Wunsch Dinge mit anderen Kindern zu teilen, was andere Mütter in diesem Ausmaß bei ihren Kindern nicht wahrnehmen (SE060215).

(4) **Belohnen** wurde als vierthäufigste Strategie von den Eltern genannt (4.11%).

Belohnen meint eine materielle Belohnung, gemeinsam verbrachte Zeit, zum Beispiel bei einer schönen Aktivität, etwa einem Zoobesuch, oder auch ein mündliches Lob. Diese Strategie ist bei Kindern mit ADHS besonders hilfreich, denn sie reagieren sensitiv auf Verstärkung und Belohnungen, da sie mehr Aufmerksamkeit für negatives Verhalten bekommen als Kinder ohne ADHS. Es ist wichtig, dass Kinder mit ADHS Aufmerksamkeit für angemessenes Verhalten bekommen und nicht nur bestraft werden oder die Aufmerksamkeit auf Fehlverhalten gerichtet wird. Interventionsprogramme, die als Grundlage ausschließlich auf Belohnungen fokussieren sind wirksam und zeigen Erfolge (Babocsai, Vonderlin, & Pauen, in press).

(5) **Therapie** wurde am fünfthäufigsten genannt und beschreibt weniger eine Strategie, die die Eltern selbst anwenden, sondern von der sie berichten, dass ihnen diese hilft. Die Eltern suchen Unterstützung, indem sie ihre Kinder zur Therapie bringen, und hoffen, dass das Kind

dort Hilfe bekommt. Dies ist ein wichtiger Ansatz, obwohl Döpfner (2008) zeigen konnte, dass umfeldbasierte Therapieansätze besser sind als patientenzentrierte. Trotzdem ist die Therapie für die Kinder ein sehr wichtiger Bestandteil um ihr eigenes Verhalten dauerhaft ändern zu können (Döpfner, 2008). Auch wenn es Studien gibt die zeigen, dass eine medikamentöse Therapie einer Verhaltenstherapie überlegen ist, zeigt sich doch eindeutig, dass eine Kombination der beiden Therapieformen sich statistisch am wirksamsten erwiesen hat (Döpfner, 2008).

Strategien, die in der bisherigen Forschung so noch nicht beschrieben wurden, sind die Strategie *Vermeidung/ Situation verlassen; Eigenes Verhalten verändern und Nachgeben*. Auch diese Strategien erscheinen in verschiedenen Kontexten als angemessen oder nicht. Eine Mutter beschreibt, dass sie die Betreuung des Kindes wechselte und daraufhin viel besser zurechtkam (BS240915). Dadurch vermeidet sie Konflikte und kann ihr Kind damit dauerhaft unterstützen.

Insgesamt passten 13 von 18 Familien ihre *Erwartungen und Anforderungen* an die Möglichkeiten des Kindes an. Nur 7 von 18 Familien berichten, dass *sie auf ihre eigenen Bedürfnisse achten*. Dieser Punkt sollte jedoch mehr Beachtung finden, denn Achtsamkeit gegenüber den eigenen Bedürfnissen kann als Ressource erachtet werden und Eltern brauchen Ressourcen, um den Alltag gelingend zu gestalten. Nur wenige Mütter geben Verantwortung ab, doch sollten sie darin unterstützt werden, um auf diese Weise mehr Freiraum für die eigenen Bedürfnisse zu haben (Bull & Whelan, 2006).

Außerdem sollte mehr auf die unter Umständen existierende Symptomatik der Eltern geachtet werden. Dies ist in dieser Dissertation nicht in die Datenanalyse eingeflossen und nicht erhoben worden. Eltern mit einer eigenen ADHS-Symptomatik profitieren weniger von Elterntrainings (Sonuga-Barke, Daley, & Thompson, 2002). Auch Eltern selbst sollten eine Form

von Therapie oder Unterstützung für ihre eigenen Verhaltensprobleme bekommen, wenn sie diese brauchen.

Abschließend ist zu sagen, dass die Eltern eine Vielzahl von Strategien einsetzen. Dies ist auch sehr wichtig und richtig, denn die Symptomatik und die Verhaltensweisen, die die Kinder zeigen, ist sehr heterogen. Somit ist es eine diffizile Aufgabe, den Eltern zu Strategien im Umgang zu raten. Des Weiteren ist nicht nur das Kind selbst, sondern auch die Situation, in der die Strategie angewandt wird ausschlaggebend. Deswegen ist nicht jede Strategie in der gleichen Situation richtig oder falsch. Das Wissen darüber müssen sich die Eltern oft selbst aneignen. Therapeuten oder Pädagogen können hier wertvolle Unterstützung leisten. Festzuhalten gilt es darüber hinaus, dass sich die Eltern abschließend überwiegend sehr positiv über ihr Kind äußern. Die meisten haben einen individuellen, intuitiven, auf Erfahrungen basierenden Weg gefunden, mit ihren Kindern den Alltag zu gestalten. Leider kollidiert dies häufig mit den Vorstellungen und Regeln von Institutionen, wie der Schule oder der Nachmittagsbetreuung und wird nicht toleriert oder anerkannt.

5 Forschungsfrage III: Impulsivität

5.1 Methode Impulsivität: Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage *welche impulsiven Reaktionen berichten Eltern von Kindern mit ADHS, und welche Dimensionen lassen sich daraus ableiten? Und welche Charakteristika weisen die berichteten impulsiven Verhaltensweisen auf?* wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) angewendet. Wie bereits beschrieben (siehe Kapitel 2.4), wurde das gesamte Material mit den Hauptkategorien: *Impulsivität, Sport, Diagnose, Struktur, Strategien* kodiert. Zur Beantwortung der Forschungsfrage zur Impulsivität wurde die Hauptkategorie *Impulsivität* allerdings isoliert betrachtet. Im Interviewleitfaden wurde das Themengebiet Impulsivität am Ende angesprochen. Der Begriff *Impulsivität* wurde zunächst nicht explizit für die Eltern definiert und erklärt, sondern sie wurden gefragt, was ihnen zum Stichwort *Impulsivität* einfällt. Alle Interviewten antworteten auf diese Frage, wenn diese Antworten jedoch weit von dem Begriff *Impulsivität* abwichen, wurde folgende Definition von Impulsivität eingebracht: *„Vorschnelles Handeln, ohne zu überlegen (macht einfach los, ohne Überlegen)“*. Diese war zunächst auch die Definition für die Hauptkategorie *Impulsivität*, erst im Prozess des Kodierens wurde die Definition weiter verfeinert und mehrfach überarbeitet. Dies ließ eine sehr offene und wenig eingeschränkte Auswertung zu, wodurch zunächst viele Textstellen kodiert wurden. Diese Grundkodierung wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Mit Hilfe der Funktion der Intercoderreliabilität von MAXQDA wurde eine Intercoderreliabilität von 90% angestrebt. Diese wurde zunächst nicht erreicht, jedoch im Dialog im Sinne des konsensuellen Codierens (Hopf & Schmidt, 1993) hergestellt. Beim konsensuellen Codieren zeigte sich, dass in der Mehrheit der Fälle nicht die gesamte Textstelle variierte, sondern nur um wenige Worte oder Zeichen abwich. Ergebnis dieses Prozesses war eine Grundcodierung in die Hauptkategorie *Impulsivität*.

Dieser Prozess der Herstellung der InterCoderreliabilität mit Hilfe des konsensuellen Codierens gestaltete sich als langwierig und stellt bereits einen Teil der Ergebnisse dar. Es zeigte sich nach wenigen kodierten Interviews, dass die Hauptkategorie *Impulsivität* nochmals unterteilt werden musste. In der Hauptkategorie kristallisierte sich insbesondere ein Aspekt heraus. Die Eltern beschrieben an einigen Textstellen aus ihrer Sicht charakteristische Merkmale von Impulsivität im Verhalten ihrer Kinder, welche als *Charakteristika der Impulsivität* (Oberkategorie) kodiert wurden. Diese konnten abgegrenzt werden zu den anderen Textstellen. Die übrigen verbleibenden Textstellen der Hauptkategorie *Impulsivität* wurden mit der Oberkategorie *Dimensionen der Impulsivität* kodiert. Für diese wurde die Definition auch weiter theoretisch fundiert. Diese ist angelehnt an die Definition von Impulsivität von Herpertz und Saß (1997), hier sind zwei Kernaspekte entscheidend: impulsiver Antrieb und Impulskontrolle. Impulsivität ist durch einen hohen impulsiven Antrieb und eine beeinträchtigte Impulskontrolle definiert. Impulsives Verhalten muss also gleichzeitig infolge eines hohen impulsiven Antriebs sowie einer geringen Impulskontrolle resultieren.

Zusammenfassend wurde die Hauptkategorie *Impulsivität* in die beiden Oberkategorien *Charakteristika der Impulsivität* und die Oberkategorie *Dimensionen der Impulsivität* aufgespalten. Die Oberkategorie *Charakteristika der Impulsivität* ist eine Beschreibung der Impulsivität der Kinder aus Sicht der Eltern. Die Oberkategorie *Dimensionen der Impulsivität* beinhaltet die Schnittmenge der Beschreibungen der Eltern der Impulsivität ihrer Kinder, die auch mit der wissenschaftlichen Definition übereinstimmt. Nachfolgend wird beschrieben, wie die beiden Oberkategorien weiter analysiert wurden.

Bei den *Dimensionen der Impulsivität* wurden zunächst alle Kodierungen in eine Excel Tabelle übertragen und jeder Kodierung wurde ein Überbegriff zugeordnet. Diese Überbegriffe wurden in einer Mindmap gesammelt und thematisch passend zusammengefügt. Daraus resultierten Subkategorien, die an fünf zufällig ausgewählten Interviews erprobt wurden.

Parallel zur inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse der Strategien, wurden bei der Analyse der Hauptkategorie *Impulsivität* vorerst keine disjunkten Codierungen vergeben. In den Textstellen zu den Oberkategorien (*Dimensionen der Impulsivität* und *Charakteristika der Impulsivität*) zeigten sich Themengebiete, die beide Oberkategorien beinhalteten. Um das Konstrukt jedoch weiter zu verfeinern und auszudifferenzieren wurden die Subkategorien und Subsubkategorien disjunkt vergeben. Dazu waren mehrere Rückkopplungsschleifen nötig um die *Dimensionen* und *Charakteristika*, sowie die dazugehörigen Sub- bzw. Subsubkategorien weiter zu präzisieren. Weitere, genauere Definitionen mussten festgelegt werden, die infolge mehrerer Diskurse im Team der drei Codiererinnen präzisiert wurden. Auch aus diesen Subkategorien entwickelten sich weitere Subsubkategorien. Auch diese wurden in mehreren Diskursen genau definiert und mit prototypischen Textbeispielen¹⁰ am Material festgehalten.

Ähnlich gestaltete sich der Prozess der Analyse der Oberkategorie *Charakteristika der Impulsivität*. Dieser Prozess verlief analog zu den *Dimensionen der Impulsivität*, jedoch waren nicht so viele Rückkopplungsschleifen nötig. Zur Oberkategorie wurden Subkategorien gebildet, die sich wiederum in Subsubkategorien aufgliedern ließen.

Am Ende der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen stand ein Kategoriensystem, welches eine genaue Aufschlüsselung der Impulsivität der Kinder ermöglicht. Diese Ergebnisse werden im folgenden Kapitel erläutert.

5.2 Ergebnisse Impulsivität

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben ist Impulsivität ein nicht einheitlich definiertes Konstrukt und spielt bei der Diagnosestellung der ADHS im Vergleich zu den diagnostischen Kriterien Unaufmerksamkeit und Überaktivität nur eine untergeordnete Rolle. Ausgehend von diesen beiden Tatsachen wurde die Analyse der Hauptkategorie *Impulsivität* explorativ

¹⁰ Ist dem Anhang A zu entnehmen.

angelegt, um zu erschließen, was die Eltern unter Impulsivität verstehen und welche Rolle diese in ihrem Alltag spielt. Dabei wurde deutlich, dass die Impulsivität der Kinder eine entscheidende Rolle im Alltag der Familien spielt. Das Kernsymptom der Impulsivität ist in den Diagnosekriterien nur mit drei Kriterien vertreten, wovon nur eines vertreten sein muss, um die Diagnose vergeben zu können. Im Kontrast dazu antworteten 11 von 18 Eltern, wenn sie nach schwierigen Situationen mit ihrem Kind gefragt wurden, spontan mit einer Situationsbeschreibung, die aufgrund der impulsiven Handlungen oder impulsiven Emotionen schwierig für sie zu bewältigen ist.

es gibt, gute Tage und es gibt schlechte, in der vergangenen Woche waren sowohl gute als auch schlechte vertreten, ähm die schlechten sind eben dadurch gekennzeichnet,...] durch seine mangelnde Impulskontrolle (CH230715)

Dieses Zitat ist der erste Satz, den die Mutter zu Beginn des Interviews sagte, zu diesem Zeitpunkt wurde noch nicht erwähnt, dass Impulsivität ein Schwerpunktthema des Interviews ist. Dies zeigt, wie bedeutend und eindringlich die Impulsivität im Alltag für die Familie ist.

Interessant ist außerdem, dass es auch Familien gibt, die mit Beschreibungen von impulsivem Verhalten der Kinder antworten, wenn sie nach schönen Situationen mit ihrem Kind gefragt werden und somit die Impulsivität nicht nur als negativ wahrnehmen.

na die [Impulsivität]kann auch schön sein, weil er sich auch extrem freuen kann //ja// (V)// ja //hmm// also er kann auch ja hüpfen vor Freude und der erste beleuchtete Weihnachtsbaum war also ein- (.) ein ergriffenes Strahlen //@(.)@// also das (.) Impulsive hat ja auch viel mit den Emotionen zu tun und das ist auch was Positives (DM031215)

Diese beiden Zitate dokumentieren wie die Bandbreite der berichteten Impulsivität. Im Folgenden werden die Ergebnisse systematisch entlang der induktiv-gebildeten Kategorien erläutert.

Die deduktiv kodierte Hauptkategorie *Impulsivität* wurde nach mehreren Analyseschritten in zwei induktiv gebildete Oberkategorien unterteilt: (1) *Dimensionen der Impulsivität* und (2) *Charakteristika der Impulsivität*, diese unterteilen sich zunächst in Subkategorien und weiter in Subsubkategorien.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der *Dimensionen* und im Anschluss die der *Charakteristika der Impulsivität* beschrieben.

5.2.1 Dimensionen der Impulsivität

In den Aussagen der Eltern konnten drei Subkategorien der *Dimensionen der Impulsivität* an 183 Textstellen gefunden werden. Diese lassen sich weiter in mehrere Subsubkategorien unterteilen. Begrifflich und inhaltlich sind diese nicht mit den Dimensionen, die Herpertz und Saß(1997) in ihrer Definition gebrauchen (i.e.: impulsiver Antrieb und Impulskontrolle) zu verwechseln.

Die Abbildung 4 zeigt die Einteilung in Oberkategorien, Subkategorien und Subsubkategorien.

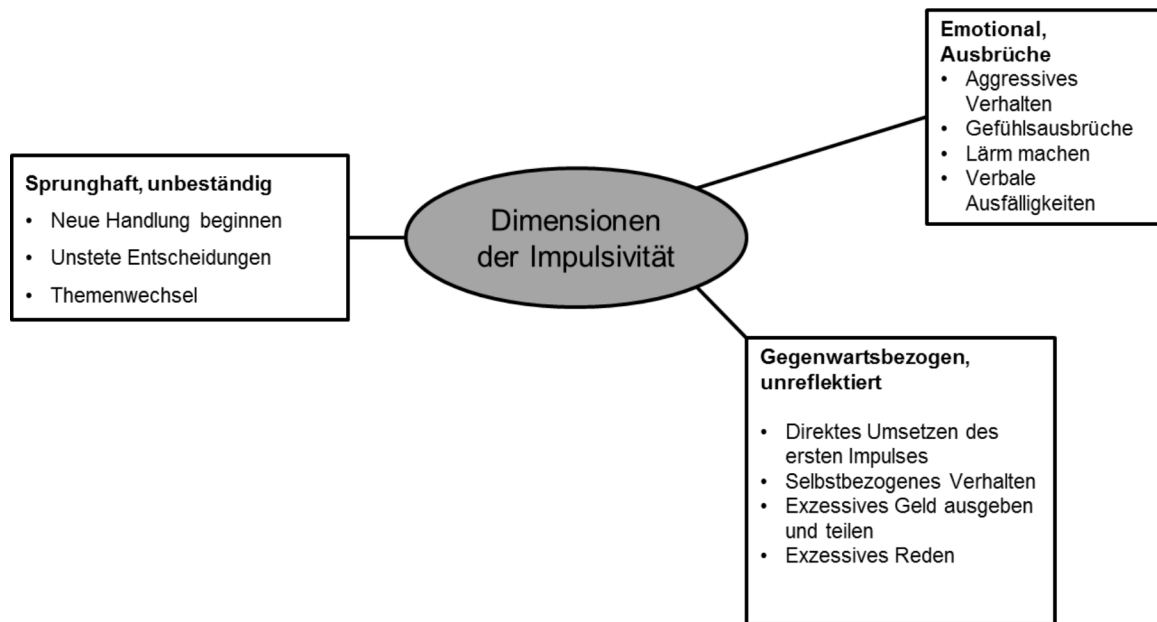


Abbildung 4. Dimensionen der Impulsivität aufgegliedert in Subkategorien und Subsubkategorien

Die drei *Dimensionen der Impulsivität* sind (1) *emotionale Ausbrüche*, (2) *gegenwärtige unreflektierte Reaktion* und (3) *sprunghafte, unbeständige Reaktion*. Diese lassen sich in weitere Subsubkategorien gliedern, wodurch das Konstrukt der Impulsivität genauer aufgefächert und beschrieben werden kann.

Im Folgenden werden die jeweiligen Subkategorien mit ihren Subsubkategorien anhand von Textbeispielen erläutert.

Emotional, Ausbrüche (Subkategorie) beinhaltet alle impulsiven Reaktionen und Ausbrüche der Kinder auf emotionale Auslöser und ein Unvermögen diese stark emotional angetriebenen Ausbrüche zu verhindern. Insgesamt wurden dieser Subkategorie 82 Textstellen aus Interviews von 16 Familien zugeordnet. Die Tabelle 9 zeigt einen Überblick über die Subkategorie und die Subsubkategorien und die Anzahl der Codierungen, sowie Familien.

Tabelle 9

Anzahl der Codierungen der Subkategorie emotional, Ausbrüche und deren Subsubkategorien

Kategorien	Definitionen	Häufigkeiten	
		Codierungen	Anzahl der Familien
Subkategorie: emotional, Ausbrüche		121 (100%)	18 (100%)
Aggressives Verhalten	Kinder haben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu regulieren und reagieren mit nicht unterdrückbaren, aggressiven Verhaltensweisen wie schlagen, beißen, Gegenstände werfen.	45 (37.19%)	15 (83,33%)
Gefühlsausbrüche	Kinder können in emotionalen Situationen ihre Gefühle nicht zurückhalten (z.B. weinen) und lassen sich in ihrer Stimmung (z.B. sauer werden) schnell beeinflussen.	36 (29.75%)	12 (66.67%)
Laut werden	Kinder reagieren häufig auf emotionale Stimuli mit lauten Ausbrüchen wie schreien, stampfen, Türe knallen	21 (17,36%)	9 (50%)
Verbale Ausfälligkeiten	Kinder beleidigen, beschimpfen oder reagieren mit überzogenen Aussagen infolge emotionaler Situationen.	19 (15,70%)	9 (50%)

Im folgenden Textbeispiel erzählt eine Mutter von einer konfliktgeladenen Situation beim Mittagessen. Der Kontext dieses Beispiels ist, dass der Sohn nicht sein gewünschtes Lieblingsessen bekommt. Daraufhin reagiert er von einem auf den nächsten Moment impulsiv mit dem Kontext überzogenen Behauptungen und lässt sich auch kaum mehr beruhigen:

D. hat Hunger ähm und möchte ein Nutellabrot essen (.) und ich sag ihm "nein Nutella gibts jetzt nicht, ich möchte das nicht, du kannst nen Wurstbrot essen" [...] "ähh du lässt mich verhungern" [macht den Sohn im Tonfall nach] //lacht// und der rennt wutentbrannt auf sein Zimmer und der lässt auch gar nichts anderen an sich ran, er sieht nur sein Nutellabrot, das er nicht kriegt und es ist ihm egal also (.) und dann ist auch ähm Schicht im Schacht. (BS240915)

Die Subkategorie *Emotional, Ausbrüche* wurde weiter in vier Subsubkategorien unterteilt (1) *Aggressives Verhalten*, (2) *Gefühlsausbrüche*, (3) *Laut werden*, (4) *Verbale Ausfälligkeiten*. Diese werden im Folgenden definiert und mit Beispielzitaten veranschaulicht.

Aggressives Verhalten beschreibt eine emotionale Impulsivität, die sichtbar wird in dem aggressiven Verhalten der Kinder als Reaktion auf einen Impuls. Die Kinder reagieren mit aggressiven Verhaltensweisen, wie schlagen, beißen oder Gegenstände werfen.

dieses ,ich schlag sofort zurück. Wenn mich jemand fässt oder tritt oder wenn ich über jemandes Fuß falle egal, ob das seine Schuld ist oder nicht kriegt er von mir eine [...] ich weiß nicht ans Schienbein getreten‘, oder er wird von mir geschubst oder sowas. (BS240915)

Diese Mutter versucht in dem vorangegangenen Zitat die Gedanken ihres Kindes zu beschreiben und zu verdeutlichen und damit einen Erklärungsansatz für die impulsive Überreaktion zu finden.

Gefühlsausbrüche beschreibt eine emotionale Impulsivität, die in Gefühlsausbrüchen sichtbar wird. Die Kinder können emotionalen Situationen ihre Gefühle nicht kontrollieren, was in Weinen oder Zorn, oder Nörgeln zum Ausdruck kommt oder aber in überschwänglichen, positiven Reaktionen.

Also auch im Positiven wie im Negativen, also ich mein er freut sich auch eben viel mehr, was das Schöne ist und zeigt das halt auch und und springt in die Luft und jubelt (DH011015)

Laut werden zeigt eine emotionale Impulsivität, bei der die Kinder auf emotionale Situationen mit lauten Ausbrüchen reagieren, wie beispielsweise Schreien oder Türen knallen. Entscheidend ist, dass die Reaktionen in dieser Subsubkategorie nicht gegen Menschen gerichtet sind, sondern einfach ein Äußern von Emotion darstellen.

[...]sein Zimmer ist im zweiten Stock. Und dann ist es wirklich so, dass er stampfend auf der Treppe mit hochgeht (AWE_Tele051115)

Verbale Ausfälligkeiten hingegen bezeichnet die emotionale Impulsivität, die die Kinder zeigen, wenn sie auf emotionale Situationen reagieren, in dem sie andere Personen, beschimpfen, beleidigen, und mit überzogenen Aussagen reagieren, auch wenn der Auslöser nicht unmittelbar mit der Person zusammenhängt, die im Fokus der Beschimpfungen steht.

„Du bist der schlimmste Mama auf der ganzen Welt“ [...] oder "ich hasse dich" f- f- gestern bei diese schwierige Situation in die Schule [...] (NM021015)

Gegenwartsbezogen, unreflektierte Reaktionen ist eine Subkategorie, die Reaktionen der Kinder umfasst, welche der unmittelbaren Impulsbefriedigung dienen, sich dabei auf die Gegenwart beziehen und aufgrund des hohen Antriebs und dem Unvermögen, Konsequenzen abzuwägen, nicht gehemmt werden. Diese Reaktionen sind keinesfalls durchdacht oder situationsangemessen, sondern vorschnell ohne Berücksichtigung von Alternativen. Häufig geht damit eine Missachtung von Regeln und sozialen Normen oder anderer (auch negativer) Konsequenzen einher, die zwar bekannt sind, aufgrund der mangelnden Impulskontrolle aber nicht eingehalten werden. Zum Ausdruck kommen diese durch die Unfähigkeit, den Impuls zu unterdrücken und aufzuschieben, dies äußert sich beispielsweise in exzessivem Reden oder im vorschnellen Überbewerten der Situation des eigenen und fremden Verhaltens bzw. der eigenen Fähigkeiten, oder im direkten Umsetzen einer Idee (Impuls). Die Tabelle 10 zeigt einen

Überblick über die Anzahl der Codierungen und Familien, die diese Impulsivität erwähnten in Verbindung mit der Subkategorie *gegenwartsbezogen, unreflektiert* und den Subsubkategorien.

Tabelle 10

Anzahl der Codierungen der Subkategorie *gegenwartsbezogen, unreflektiert* und deren Subsubkategorien

Kategorien	Definitionen	Häufigkeiten	
		Codierungen	Anzahl der Familien
Subkategorie: <i>gegenwartsbezogen, unreflektiert</i>		85 (100%)	18 (100%)
Direktes Umsetzen des ersten Impulses	Kinder folgen ihrer ersten Idee und setzen diese ungeachtet der Konsequenzen und unbedacht der Alternativen direkt um.	44 (51,76%)	15 (83,33%)
Selbstbezogenes Verhalten	Kinder geben in sozialen Situationen oftmals den Ton an oder können eigene Wünsche nicht hintenanstellen bzw. aufschieben.	27 (31,76%)	12 (66,67%)
Exzessives Geld ausgeben und teilen	Kinder geben übermäßig viel Geld auf einmal aus und teilen oder verschenken eigene Ressourcen, auch wenn diese begrenzt sind.	8 (9,41%)	4 (22,22%)
Exzessives Reden	Kinder reden häufig exzessiv, auch in Situationen, in denen dies nicht erwartet oder erwünscht ist.	6 (7,06%)	4 (22,22%)

An dieser Stelle werden die Ergebnisse anhand von Textbeispielen erläutert.

Genauso morgens diese Situation, (.) dass er dann am Tisch sitzt und halt laute Geräusche von sich schreit. wuhuuuu [Befragte imitiert den Sohn] Ähm. //mhm//

Mittlerweile weiß ich genau, okay des, des macht er jetzt es, es ist einfach so, weil des jetzt halt zu zu ihm, dazugehört.

In der beschriebenen Situation ist der Sohn eigentlich alleine am Esstisch und eine Ablenkung ist für Außenstehende nicht ersichtlich. Und doch gibt das Kind innerlichen Impulsen nach und macht Geräusche, die nicht zweckgerichtet sind oder einer Sache dienen.

Auch diese Subkategorie konnte weiter in vier Subsubkategorien unterteilt werden: (1) *Direktes Umsetzen des ersten Impulses*, (2) *Selbstbezogenes Verhalten*, (3) *Exzessives Geld ausgeben und teilen*, (4) *Exzessives Reden*.

Im Folgenden werden die Subsubkategorien mit Beispielziten genauer beschrieben.

Direktes Umsetzen des ersten Impulses meint, dass eine gegenwartsbezogene, unreflektierte Idee aus einem Impuls heraus direkt umgesetzt wird, aus dem Moment heraus und ohne, dass Handlungsalternativen und die Folgen der Umsetzung bedacht werden.

Er sollte eigentlich Zähne putzen morgens, und fing dann an, am Waschbecken Überschwemmungen zu m-, eine Überschwemmung zu veranstalten, zuerst nur mit dem Becher, dann hat er noch eine leere Klorolle genommen, hat die eingeweicht und hat da //hmm// also eine riesen Sauerei veranstaltet, als ich ihm dann die Klorolle aus der Hand genommen habe und gesagt habe, er soll jetzt die Zähne putzen und das hier sofort beenden, hat er angefangen, mich nass zu spritzen, also er hat erstmal einen halbvollen Becher mir übergeschüttet ... (CH230715)

Selbstbezogenes Verhalten auch hier ist die gegenwartsbezogene, unreflektierte Handlung maßgeblich, es geht darum den eigenen Willen zu verfolgen, ohne dabei auf andere zu achten, zum Beispiel geben die Kinder in sozialen Situationen den Ton an oder können eigene Wünsche nicht hinten anstellen oder aufschieben.

M. ist ganz überzeugt, der hat ganz tolles jetzt was vor und er muss das jetzt unbedingt jetzt weiterbauen und er braucht noch mehr Decken und noch mehr Seile oder Kissen oder Stühle und es wird dann die ganze Wohnung, quasi in Beschlag genommen

irgendwie und der ist dann nicht davon abzuhalten, und da sind dann auch, das endet in Machtkämpfen natürlich, weil wir sagen das geht jetzt nicht, du musst jetzt aufräumen, und der ist mittendrin in seiner Sache und sieht das natürlich gar nicht ein, dass er jetzt das jetzt, das tolle Werk, ne ääh, abbauen muss, ne und dass das jetzt zu Ende sein muss. Und gerade wenn ich sage, wir haben doch noch was vor, wir müssen jetzt losfahren, und und das ist dann schwierig. (NM021015)

Exzessives Geldausgeben und teilen die gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität drückt sich aus in exzessivem Geld ausgeben oder exzessivem teilen oder verschenken eigener Ressourcen, auch wenn diese beschränkt sind.

...Taschengeld gehabt (.) und da frag ich: "M. wo ist denn dein Taschengeld, da fehlt hier ein bisschen" "ich habe Kinder gegeben, weil ich habe den so lange nicht gesehen, das wollte ich" jeder hat drei Euro gekriegt, das heißt ähh neun Euro waren weg. (AS170915)

Exzessives Reden hier zeigt sich die gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität in einem übermäßigen Redebedarf, besonders in Situationen in denen dies nicht erwartet oder gewünscht ist.

...weil er Augen auf und babbelt bis Augen zu //@(.)@// ja also er ist immer- er babbelt immer. (HI100715)

Sprunghaft unbeständige Reaktionen (Subkategorie) diese drücken sich aus in unbeständigen Reaktionen der Kinder, die aufgrund eines Unvermögens, neu auftretende oder neu hinzukommende stark angetriebene Impulse zu hemmen, oder in die momentane Impulsverfolgung abzuschirmen oder zu kontrollieren.

Die Tabelle 11 zeigt die Subkategorie und die Subsubkategorien in Verbindung mit der Anzahl der vergebenen Codierungen und Familien.

Tabelle 11

Anzahl der Codierungen der Subkategorie sprunghaft, unbeständig und deren Subsubkategorien

Kategorien	Definitionen	Häufigkeiten	
		Codierungen	Anzahl der Familien
Subkategorie: sprunghaft, unbeständig		21 (100%)	18 (100%)
Neue Handlung beginnen	Kinder können ihre momentan verfolgte Handlung schwer gegenüber neuen Handlungsimpulsen abgrenzen und pausieren oder beenden ihre Handlung zugunsten des neuen Impulses.	13 (61,90%)	8 (44,44%)
Unstete Entscheidungen	Kinder haben Schwierigkeiten, eine einmal getroffene Entscheidung beizubehalten und neue (insbesondere attraktive) Alternativen zu hemmen.	5 (23,80%)	4 (22,22%)
Themenwechsel	Kinder wechseln häufig das Gesprächsthema und beginnen von etwas Neuem zu erzählen, ohne dass das vorherige Thema beendet wurde.	3 (14,28%)	3 (16,67%)

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse werden an dieser Stelle mit Textbeispielen erläutert. Das folgende Textbeispiel zeigt die schnelle Ablenkbarkeit eines Kindes in sprunghafte Reaktionen.

...weil sie doch immer schnell wieder (.) wegschalten. Sobald da ne kleinste Ablenkung da ist, seis Spielzeug (.) seis (2) irgendein kleiner Bastelschnipser der auf dem Weg vom Kinderzimmer ins Bad liegt... (AS090715)

Auch diese Subkategorie wurde weiter in drei Subsubkategorien untergliedert, (1) *Neue Handlungen beginnen*, (2) *Unstete Entscheidungen*, und (3) *Themenwechsel*, diese werden im Folgenden erläutert.

Neue Handlungen beginnen hier drückt sich die sprunghaft unbeständige Impulsivität im Beginn neuer Handlungen aus, ohne dass die zuvor durchgeführte oder angestrebte Tätigkeit abgeschlossen wurde und der Impuls eine neue Handlung zu beginnen, unterdrückt werden konnte. Laufende Handlungen können nicht weitergeführt werden, ein Abschirmen gegen neue Impulse ist nicht möglich. Dadurch werden begonnene Handlungen nicht abgeschlossen und neue angefangen.

und er hält mich dann immer auf weil ich be- , er will dahin gucke gehen und dahin gucke gehen... (AR250915)

In diesem Textbeispiel versuchte der Vater zu beschreiben, wie es ist, mit seinem Kind unterwegs zu sein. Ständig ändert das Kind den Fokus dessen, was er macht oder beobachtet.

Unstete Entscheidungen zeigen sich darin, dass die Kinder ihre Entscheidungen ständig ändern und revidieren. Sie können eine getroffene Entscheidung nicht beibehalten, wenn sich neue Handlungsalternativen zeigen.

also von sie wollt zunächst nach XY fahren, war dort fest verabredet um sich irgend-, da ham wir die S-Bahn dazu rausgesucht, während ich die S-Bahn rausgesucht hatte, kam sie auf die Idee, sie wöllt sich doch lieber mit ner anderen Freundin in YY treffen, //mhm// daraufhin ham wir ein Bus nach YY rausgesucht und ähm, als wir dann festgestellt haben, das klappt und sie mit ihrer Freundin in YY telefoniert hatte, dass das alles hinhaut, äh war ganz kurz danach auf einmal, sie fährt jetzt nach YZ, da kommt dann die Freundin auch hin und äh da gehen sie jetzt irgendwie Fußball spielen. (DL280115)

In dieser Situation beschreibt ein Vater den Ablauf, als das Kind sich in der Zeit, in der er zum Interview gekommen ist, verabreden wollte. Die erste Entscheidung, sich mit einer Freundin zu treffen, wurde innerhalb weniger Minuten dreimal revidiert.

Themenwechsel, hier werden Themen werden nicht zu Ende besprochen und das Gesprächsthema wechselt häufig sprunghaft vom einen zum anderen.

Er ist manchmal schneller im Kopf //mhm// als mit seinen Worten. Ja. Das auch. Also, da hab ich immer das Gefühl, im Kopf hat er schon drei Sätze, ist er schon drei Sätze weiter, als das was er dann erzählt. Weil er fängt dann an ähm so abgehackt zu erzählen, zum Teil. Also, dann fehlt irgendwie so Satzstücke zwischendrin. (AS090715)

5.2.2 Charakteristika der Impulsivität

Die zweite Oberkategorie der Impulsivität, die im Rahmen der hier geführten Interviews gefunden werden konnte, heißt *Charakteristika der Impulsivität* und beschreibt nicht die Erscheinungsformen, wie bei den der Oberkategorie *Dimensionen der Impulsivität*, sondern bildet eine charakteristische Beschreibung der Impulsivität. Die Subkategorien wurden disjunkt vergeben, um einem Informationsverlust vorzubeugen. Obwohl die Oberkategorien (*Dimensionen der Impulsivität* und *Charakteristika der Impulsivität*) klar voneinander zu unterscheiden sind, sind doch in einigen Aussagen und Textstellen beide Oberkategorien zu finden. Nach differenzierter Diskussion einzelner Textstellen im Team mit den Kodiererinnen wurde beschlossen, dass die Oberkategorie *Dimensionen der Impulsivität* und *Charakteristika der Impulsivität* deutlich zu unterscheiden sind, sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen.

Der Oberkategorie *Charakteristika der Impulsivität* wurden insgesamt 198 Kodierungen vergeben, die in allen Interviews zu finden sind. Diese Kodierungen wurden in Subkategorien und diese wiederum in Subsubkategorien unterteilt. Hier wurde jede Textstelle, die der Oberkategorie *Charakteristika der Impulsivität* zugeordnet wurde, ausschließlich einer induktiv gebildeten Subkategorie zugeteilt. Die Abbildung 5 zeigt die Aufteilung der *Charakteristika der*

Impulsivität in Subkategorien und Subsubkategorien. Nur der Subkategorie *Ausbruch der impulsiven Erregung* konnten Subsubkategorien zugeordnet werden.

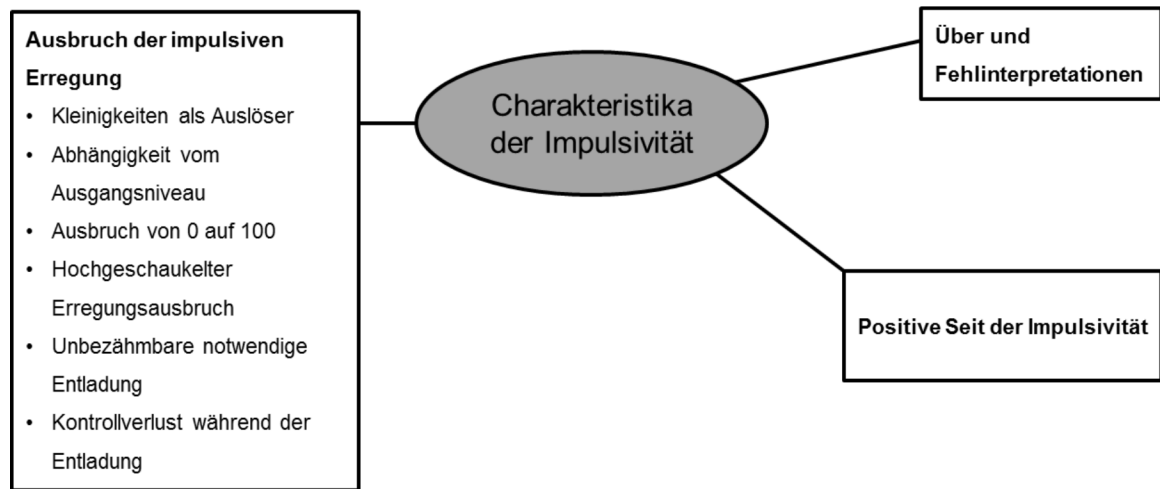


Abbildung 5. Charakteristika der Impulsivität aufgegliedert in Subkategorien und Subsubkategorien

Die Anzahl der Codierungen und der Familien der Oberkategorie *Charakteristika der Impulsivität* und der Subkategorien sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12

Anzahl der Codierungen und Familien in Bezug auf die Charakteristika der Impulsivität

Kategorien	Definitionen	Häufigkeiten	
		Codierungen	Anzahl der Familien
Oberkategorie: Charakteristika der Impulsivität		89 (100%)	18 (100%)
Ausbruch der impulsiven Erregung	Beschreibt die Charakteristika und den Verlauf des impulsiven Erregungsausbruches.	60 (67,42%)	14 (77,78%)
Über- und Fehlinterpretationen	Beschreibt vorschnelle Schlüsse der Kinder aufgrund von Fehl- und Überinterpretationen bzw. extremen Denkschemata.	17 (19,10%)	9 (50%)
Positive Seite der Impulsivität	Beschreibt die positive Seite impulsiver Reaktionen, bspw. positive Verhaltensweisen und Konsequenzen.	12 (13,48%)	8 (44,44%)

Die Subkategorie *Ausbruch der impulsiven Erregung* konnte weiter in Subsubkategorien unterteilt werden und wird im Folgenden mit Textbeispielen erläutert.

Kleinigkeiten als Auslöser diese Subsubkategorie umfasst Textstellen, in welchen von Kleinigkeiten und belanglosen Situationen als Auslöser für die Ausbrüche der impulsiven Reaktionen berichtet werden.

wenn irgendwas war manchmal kleinste Auslöser, die auch gerade für fremde Leute oder Außenstehende also nicht wirklich Mutter oder Vater, und auch für uns teilweise nicht abzusehen waren (BS240915)

Abhängigkeit vom Ausgangsniveau diese Subsubkategorie umfasst alle Textstellen, in denen davon berichtet wird, dass der impulsive Ausbruch durch die Stimmung des Kindes bedingt wird, oder vielmehr durch eine wahrgenommene Stimmungsabhängigkeit des Kindes.

extrem stimmungsabhängig, //hmm// das heißt schlechtgelaunt und dann kommt: „nein“ also dann ist sofort, „will ich nicht, mach ich nicht“, wenn man etwas anspricht, wenn er gut gelaunt ist, dass ist es oft ein kurzes nachdenken, ok, oder sogar noch ein Vorschlag bringen, „können wir irgendwie was anderes machen?“, also da gar nicht, aber in dem Moment wo wir, wo wir auf diesem Schlecht-Gelaunt-Trip sind, (3) extrem impulsiv würde ich nicht sagen, aber impulsiv (EM060715)

Ausbruch von 0 auf 100 umfasst alle Textstellen, welche vom schnellen, sofortigen oder unvorhersehbaren Ausbruch der impulsiven Reaktionen berichten.

Die Impulsivität ist sehr stark ausgeprägt beim M. Der kann sich ähhm (2) also wenn er wütend wird, dann äh kann er ähhm dann kann er wütend werden. Das geht dann wirklich von null auf hundert (AWE_Tele051116)

Hochgeschaukelter Erregungsausbruch diese Subsubkategorie umfasst alle Textstellen, welche von impulsiven Reaktionen berichten, die in der Form eines kumulierten Anstiegs ausbrechen, das heißt bis der impulsive Antrieb nicht mehr kontrolliert werden kann.

in D.s damaliger Klasse war es so, dass er ähhm (.) dann Kinder in der Klasse hatte, die wussten was passiert, wenn er nen bestimmten Punkt erreicht und da waren eben auch Kinder dabei die das ausgenutzt haben. Also die da wirklich auch hingearbeitet haben (BS240915)

Unbezähmbare notwendige Entladung umfasst die Textstellen, welche von Drang und der Notwendigkeit der Energieentladung berichten.

Also, dass da sofort, dass er, rumschreit, rum(nölt), manchmal auch wirklich Sachen rumschmeißt, also da wird halt einfach der Ranzen so direkt in die nächste Ecke

gepfeffert //hmm// und in Tränen ausbricht. ((räuspert sich)) Wirklich auch körperlich aggressiv wird. Also, jetzt, is nicht so, dass er mich jetzt schlagen kommt, aber er muss dann erstmal richtig Dampf ablassen und geht dann erstmal in sein Bett und (weint) dann. (AS090715)

Kontrollverlust während der Entladung diese Subsubkategorie umfasst die Textstellen, in welchen vom Kontrollverlust während eines Ausbruchs berichtet wird. Dabei scheinen die Kinder von außen nicht mehr erreichbar zu sein, ihre Wahrnehmung erscheint den Eltern wie in einem Tunnel zu sein, in dem sie gefangen sind.

Wenn ich ihn abgeholt hab und er wirklich explodiert ist, ähm und ich ihn dann wirklich nur mit harschen Worten zur Seite genommen hab und er musste ne Auszeit nehmen, sich hinsetzen, wo dann immer die Frage kam: „jaa, aber du erklärst ihm ja nie was, warum du das jetzt machst und so“. Aber ich wusste schon damals, in der Situation kann der M. nix aufnehmen. //hmm// In der Situation ist er so in seinem Tunnel drin, dass von außen es-, sieht nur noch das was er da vorne sieht, alles andere nimmt er nicht mehr wahr. (AS090715)

Über- und Fehlinterpretationen diese Subkategorie wurde nicht in weitere Subsubkategorien unterteilt. Diese Subkategorie umfasst die Textstellen, in welchen die Kinder zu vorschnellen Schlüssen kommen und dadurch oftmals zu Fehl- und Überinterpretationen oder zu extremen Denkschemata neigen.

wenn ers so ein bisschen kann, sagt er sofort er kanns komplett also //mhm// sieht da auch nicht ein, dass man noch weiterüben muss und wenn ers gar nicht kann, dann will ers auch gar nicht probieren, weil er denkt er schafft's nie. (DM011015)

Positive Seite der Impulsivität diese Subkategorie wurde ebenfalls nicht weiter in Subsubkategorien unterteilt. Sie umfasst alle Textstellen, in welchen von positiven Aspekten der Impulsivität berichtet wird, beispielsweise von positiven Verhaltensweisen und Konsequenzen.

na die kann auch schön sein, weil er sich auch extrem freuen kann //ja (V)// ja //hmm// also er kann auch ja hüpfen vor Freude und der erste beleuchtete Weihnachtsbaum war also ein- (.) ergriffenes Strahlen //@(.)@ also das (.) impulsive hat ja auch viel mit den Emotionen zu tun und das ist auch was Positives. (DM011015)

5.3 Diskussion Impulsivität

Die Grundlage der Ergebnisse bilden die Leitfadeninterviews, die Eltern äußerten sich zunächst völlig frei zum Alltag mit ihren Kindern und wurden im Verlauf auch explizit nach der Impulsivität der Kinder gefragt. Aus den Erzählungen der Eltern konnten zwei Subkategorien der Impulsivität herausgearbeitet werden: *Dimensionen der Impulsivität* und *Charakteristika der Impulsivität*. Während die *Dimensionen der Impulsivität* vor allem Beschreibungen des Formenreichtums der Impulsivität sind, bezeichnen die *Charakteristika der Impulsivität* Merkmale, die häufig in der Verbindung mit den impulsiven Reaktionen auftreten.

5.3.1 Diskussion der Dimensionen der Impulsivität

Es wurden drei *Dimensionen der Impulsivität* gefunden: (1) *emotional, Ausbrüche*; (2) *gegenwartsbezogen, unreflektiert*; (3) *sprunghaft, unbeständig*.

Um diese Kodierung vornehmen zu können, bedarf es einer Definition von Impulsivität. Dem Thema entsprechend liegt es nahe, die Diagnosekriterien des ICD-10 heranzuziehen. Die Beschreibungen, die dort verwendet werden, beschränken sich auf vier Kriterien, (1) mit der Antwort vorzeitig herausplatzen, (2) nicht abwarten können, bis sie an der Reihe sind, (3) unterbrechen und stören, (4) exzessives Reden (WHO, 2009). All diese Symptome konnten auch in der Analyse der Interviews gefunden werden, jedoch meist in einem anderen Wortlaut. Umgekehrt gestaltet es sich jedoch so, dass in der Analyse der Interviews mehr *Dimensionen der Impulsivität* gefunden werden konnten, als in den Symptomkriterien aufgeführt. Dies zeigt, dass die Impulsivität der Kinder mit ADHS umfangreicher ist, als in der ICD-10 beschrieben. Die Subsubkategorien *direktes Umsetzen des ersten Impulses* und *neue Handlung beginnen* sind in

dieser Analyse *Dimensionen der Impulsivität*, finden sich in der ICD-10 jedoch als Diagnosekriterien für Überaktivität wieder. Diese unterschiedliche Einteilung könnte auf unterschiedliche Definitionen des Konstruktes Impulsivität zurückgehen und ist deswegen an dieser Stelle nicht im Detail aufklärbar. Es unterstreicht jedoch die Einteilung des DSM-5, in welcher die Diagnosekriterien Hyperaktivität und Impulsivität zusammengefasst sind. Dies scheint auf der Basis der in der vorliegenden Analyse gefundenen Ergebnisse eine sinnvolle Einteilung, jedoch trotzdem nicht differenziert genug.

Eine ganz wesentliche *Dimension der Impulsivität: emotional, Ausbrüche*, mit den Subsubkategorien: *Aggressives Verhalten, Gefühlsausbrüche, Laut werden, Verbale Ausfälligkeiten* taucht jedoch weder im DSM-5 noch im ICD-10 auf. In dieser Analyse zeigte sich jedoch, dass die Eltern diese Kategorie mit 82 vergebenen Kodierungen in 16 Interviews recht häufig nannten. Dies ist kein Beweis dafür, wie häufig diese *Dimension der Impulsivität* auftritt, jedoch ist davon auszugehen, dass es für die Eltern von bedeutender Relevanz in ihrem Alltag ist und sie es deswegen so oft erwähnen. Die Häufigkeit der Nennungen dieser Dimension steht im direkten Kontrast dazu, dass dieses Verhalten in keiner Form in den Diagnosekriterien vorkommt. *Aggressives Verhalten, Gefühlsausbrüche, Laut werden, und verbale Ausfälligkeiten* sind, wenn man sie als Stichworte betrachtet eher Begrifflichkeiten, die man den Diagnosekriterien (siehe Kapitel 1.2.3) der Störung des Sozialverhaltens zuordnen kann. Daher liegt es nahe, zu vermuten, dass diese *Dimension der Impulsivität* den Kindern den Verhaltensweisen der Kinder zuzuordnen ist, bei denen komorbid eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert wurde, wie es bei sieben Kindern dieser Stichprobe der Fall ist. Somit wären die Dimensionen der Impulsivität vielmehr ein Abbild der Störung des Sozialverhaltens, nicht der Impulsivität der ADHS. Dies kann jedoch entkräftet werden, denn die Subkategorie *Emotional, Ausbrüche* kommt in 16 Interviews und damit nahezu der gesamten Stichprobe vor und nicht nur bei den Familien, bei denen den Kindern komorbid eine Störung

des Sozialverhaltens diagnostiziert wurde. Damit einhergehend sind auch alle Subsubkategorien in mehr Interviews vertreten (Aggressives Verhalten: 15 Interviews; Gefühlsausbrüche: 12; Laut werden: 9; Verbale Ausfälligkeiten: 9). Das bedeutet, dass die hier gefundene *Dimension der Impulsivität*, in ihrer Ausprägung der emotionalen Impulsivität und auf Verhaltensebene durch Wutausbrüche oder anderen emotionalen Regulierungsprozessen repräsentierten Komponenten, nicht in den Diagnosekriterien der ADHS vorkommt und daher keine Beachtung bei der Diagnosestellung findet. Es ist davon auszugehen, dass sie deswegen auch in der Therapie der Kinder und Jugendlichen vorerst kaum Relevanz findet, oder jedenfalls weniger als nötig wäre. Barkley und Murphy (2010) beschreiben eine emotionale Impulsivität, die sich unterscheidet von den Diagnosekriterien des DSM-IV (zum Zeitpunkt der Veröffentlichung die aktuelle Ausgabe, in diesem Punkt jedoch auch keine Änderung zum DSM-5). Charakterisierend sind eine geringe Frustrationstoleranz, Stimmungsschwankungen, Jähzorn und damit verbunden die Schwierigkeit, die eigenen Gefühle zu regulieren. Diese Merkmale sind passend zu denen, die in dieser Studie gefunden wurden und ebenfalls nicht in den Diagnosekriterien, des DSM-5 und ICD-10 auftreten. Barkley und Murphy (2010) plädieren dafür, diese Impulsivität als Diagnosekriterium für ADHS aufzunehmen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieses Projektes. Sobanski und Kollegen (2010) beschreiben bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS eine emotionale Labilität, die sogar sehr konstant über die Lebensspanne hinweg bestehen bleibt, im Gegensatz zu den Kernsymptomen Überaktivität und Unaufmerksamkeit, die oftmals in der Jugend abnehmen.

Ob dieser theoretischen Grundlage heraus scheint es unverzichtbar, die emotionale Impulsivität weiter zu erforschen, genauer zu klassifizieren und zu definieren, um sie als Diagnosekriterium aufzunehmen und exakter zum Störungsbild der Störung des Sozialverhaltens abzugrenzen. Auf der Grundlage der hier verwendeten Daten scheint es demnach wichtig die verschiedenen Typen der ADHS und eine etwaige Komorbidität genau zu

untersuchen und zu unterscheiden, um eine möglichst reine Form der emotionalen Impulsivität herausfiltern zu können.

5.3.2 Diskussion der Charakteristika der Impulsivität

Die *Charakteristika der Impulsivität* sind in dieser Dissertation Merkmale, die häufig in Verbindung mit den impulsiven Reaktionen auftreten. Sie sind Beschreibungen, die bedeutend für die Impulsivität sind und sie näher spezifizieren. Es konnten ebenfalls drei *Charakteristika der Impulsivität* gefunden werden: (1) *Ausbruch der impulsiven Erregung*, (2) *Über- und Fehlinterpretationen*; (3) *Positive Seite der Impulsivität*.

Die Definition von Impulsivität, die dieser Dissertation zugrunde liegt ist: das Zusammenspiel eines hohen impulsiven Antriebs und einer geringen Impulskontrolle (Herpertz & Saß, 1997). Diese Definition ist nicht störungsspezifisch für Kinder mit ADHS, sondern wird in einem allgemeinen psychologischen und psychopathologischen Kontext aufgestellt. Im Kontext von selbstverletzendem Verhalten oder auch einer Impulskontrollstörung kommen zum Beispiel die Komponenten des Druckabbaus und des Kontrollverlustes hinzu (Herpertz & Saß, 1997). Die Eltern der Kinder mit ADHS in dieser Studie berichteten nicht in dieser Intensität vom Druckabbau (nur fünf Familien), jedoch auch von einem Kontrollverlust, der damit einhergeht, beispielsweise während eines Wutausbruchs. Dies beschreibt die Subsubkategorie *Ausbruch der impulsiven Erregung*. Dabei spüren die Kinder einen Kontrollverlust und die eingeleitete Reaktion oder Handlung wird von den Kindern als nicht mehr steuerbar erlebt. *Über- und Fehlinterpretationen* sind meist auf das Verhalten der Kinder selbst und ihre eigenen Fähigkeiten bezogen. Kinder mit ADHS werden mehr als andere Kinder für ihr negatives Verhalten gerügt und deuten auch Emotionen bei anderen Menschen oft negativer als Kinder ohne ADHS (Braaten & Rosén, 2000; Schilling et al., 2006). Dies könnte in der Folge zu den Über- und Fehlinterpretationen führen. Die Subsubkategorie *Positive Seite der Impulsivität* wurde in der Hälfte der Interviews berichtet und ist ein Merkmal, welches in der Forschung und

Diagnostik keine Beachtung findet, für die Kinder aber in vielen Situationen von Vorteil sein und als Ressource genutzt werden kann, zum Beispiel in kreativen Denkprozessen. Dieser Part der Impulsivität wurde in der hier zugrunde liegenden Analyse zu wenig beachtet und weiterführende Forschung sollte diesen Aspekt der Impulsivität in jedem Fall weiter berücksichtigen.

6 Diskussion

Dieser Dissertation liegen drei Forschungsfragen zu Grunde, (1) *Wie ist der Alltag der befragten Familien strukturiert?* (2) *Von welchen Strategien berichten die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und der ADHS Symptomatik?* (3) *Welche impulsiven Reaktionen berichten Eltern von Kindern mit ADHS, und welche Dimensionen lassen sich daraus ableiten? Und welche Charakteristika weisen die berichteten impulsiven Verhaltensweisen auf?* Zur Bearbeitung dieser Forschungsfragen wurden Leitfadeninterviews geführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgeführt. Hierbei wurden die inhaltlich-strukturierende und die evaluative qualitative Inhaltsanalyse eingesetzt. Die einzelnen Forschungsfragen wurden in den Kapiteln 3.3 (Struktur), 4.3 (Strategie) und 5.3 (Impulsivität) bereits diskutiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengeführt und diskutiert, daran schließen sich die Diskussion der Forschungsmethoden, die Implikationen für die Praxis, die Limitationen und ein Ausblick an.

6.1 Zusammenführung Ergebnisse

An dieser Stelle werden die Ergebnisse der drei Forschungsfragen zusammengeführt und diskutiert. In dieser Dissertation wurde durch die evaluative qualitative Inhaltsanalyse gezeigt, dass die Familien als *mittel* und *stark strukturiert* eingeteilt werden können. Es zeigte sich darüber hinaus, dass sie in der Selbsteinschätzung (*FRI*, (Jensen et al., 1983)) weniger strukturiert sind als in der Fremdeinschätzung durch die evaluative qualitative Inhaltsanalyse. Diese Ergebnisse stehen zunächst nicht im Einklang zu den Ergebnissen von Kendall (1998), die Chaos in den Familien konstatiert. Firmin und Phillips (2009) und Segal (1998) beschreiben Situationen, die für die Familien als herausfordernd erlebt werden und schildern, dass Familien, die von mehr Routinen berichten, auch weniger belastet sind. An dieser Stelle laufen die ersten

beiden Forschungsfragen auf inhaltlicher Ebene zusammen, denn Struktur kann als eine ganz wichtige Strategie und somit als wichtiger Baustein im Alltag von Familien gesehen werden.

Jedoch ist dieses Verhältnis wechselseitig zu betrachten, die Eltern brauchen auch Strategien, um die Strukturen in den Familien aufrecht zu erhalten.

Eine gut kommunizierte und transparente Tagesstruktur und Routinen im Alltag sind eine wichtige Strategie, die die Eltern unbedingt einsetzen sollten, um den Alltag mit ihren Kindern reibungslos zu gestalten. Jedoch ist es nicht so, dass nur eine gute Tagesstruktur hilft, den Alltag völlig störungsfrei zu gestalten. Denn die Einhaltung der Tagesstruktur führt oft auch zu problematischen Situationen, in denen die Eltern wiederum Strategien brauchen, um die Struktur durchzusetzen. So entwickelt sich auch hier ein Kreislauf, den es gilt, durch einen Balanceakt zu meistern. Die Eltern stehen vor der Herausforderung eine Tagesstruktur für ihre Kinder und sich zu schaffen, bei der die Bedürfnisse der Kinder, an deren Verhaltensspektrum, sowie institutionelle Vorgaben und gesellschaftliche Normen angepasst sind und trotzdem genügend Flexibilität vorhanden ist, um auf die besonderen Anforderungen, die sich zum Beispiel aus der Impulsivität ihrer Kinder ergibt, zu reagieren.

Die zweite Forschungsfrage nach den Strategien, die die Eltern einsetzen wurde in dieser Dissertation mittels der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) bearbeitet. Zentral ist, dass die Eltern eine Vielzahl an Strategien haben, die sie in ihrem Alltag verwenden. Dabei sind einige deckungsgleich mit Strategien, die in fast allen Familien zu finden sind und einige spezifisch für Familien von Kindern mit ADHS. Für diese Dissertation wurde folgende Einteilung herausgearbeitet: (1) *Verhalten des Kindes verändern*, (2) *Auswirkungen der Symptomatik verändern* und (3) *Bewältigung der Symptomatik erleichtern*. Unter diese drei Hauptkategorien subsumieren sich insgesamt 36 Strategien. Dabei zeigt sich ein sehr heterogenes Bild; die Familien lassen sich in Clusteranalysen nicht in Mustern abbilden. Die Oberkategorie *Verhalten des Kindes verändern* umfasst die meisten Strategien

und diese werden auch am häufigsten genannt. Die Eltern wurden nicht explizit nach den Strategien im Umgang mit ihrem Kind gefragt, sondern nur nach allgemeinen Themen den Alltag betreffend. Insgesamt setzt der Umgang mit der Symptomatik meist am Verhalten des Kindes direkt an. Jedoch nicht unbedingt an den Rahmenbedingungen oder dem eigenen Verhalten. Aus den Befunden von Sonuga-Barke und Kollegen (2002) geht hervor, dass Eltern, die selbst eine ADHS-Symptomatik zeigen, weniger von Elterntrainings profitieren, als Eltern die keine ADHS-Symptomatik haben. Bull und Whelan (2006) beschreiben, dass die Eltern sehr belastet sind und deswegen Schwierigkeiten haben, die täglichen Belastungen über einen längeren Zeitraum zufriedenstellend zu bewältigen. Wenn man diese Forschungsergebnisse mit einbezieht und davon ausgeht, dass die Eltern von Kindern mit ADHS sehr belastet sind, dann erscheint es als unabdingbar, nicht nur am Verhalten der Kinder anzusetzen und die Eltern im Umgang mit der Symptomatik der Kinder zu schulen, sondern die Eltern selbst zu stärken. Das jedoch nicht nur durch Schulungen, die ihr Verhalten gegenüber den Kindern moderieren, sondern auch und vor allem darin, die eigenen Ressourcen zu stärken. Die Strategie *auf eigene Bedürfnisse achten* wird von sieben (38,89%) Familien berichtet jedoch nur an acht Textstellen (1,03%). Diese Zahlen geben einen Hinweis darauf, dass diese Strategie nur eine untergeordnete Rolle spielt. Ein wichtiges Ergebnis dieser qualitativen Analysen ist, dass die Eltern mehr gestärkt werden sollten und auch die äußeren Rahmenbedingungen, beispielsweise den Arbeitsplatz hinsichtlich mehr Flexibilität und Unterstützung zu modifizieren. Die folgenden Beispiele sind nur exemplarisch jedoch berichtet die Mutter aus dem Fallbeispiel 1 sehr eindrücklich, welchen Druck sie jeden Tag verspürt, pünktlich auf der Arbeit zu sein und dass dies morgens häufig zu Problemen in der Ablaufstruktur führt. In einem anderen Interview wird berichtet, dass ein Vater seine Arbeitszeit reduzieren und auch nachmittags immer zur gleichen Zeit nach Hause gehen konnte. Dadurch gelang es ihm so seine Arbeitsbelastung auf den Alltag mit den Kindern abzustimmen und seitdem die von ihm erlebte Belastung als

rückläufig oder gar entspannt empfunden wurde (EM060715). Dies sind nur beispielhafte Ergebnisse, die außerhalb der Analysen dieser Dissertation liegen, die die beiden Forschungsschwerpunkte Struktur und Strategie jedoch vereinen und ein Mehrwert der qualitativen Forschungsmethoden sind.

Einige Familien berichten auch von Auseinandersetzungen mit Institutionen wie der Schule oder dem Hort (z.B.: KT200715 oder BS240915). Auch angesichts dessen erscheint es ein wichtiges Ergebnis, dass Eltern wie Professionelle (beispielsweise Lehrer und Erzieher) in der Zusammenarbeit mehr unterstützt werden sollten. Diese letzten beiden Punkte sind Ergebnisse, die sich nicht unmittelbar durch die qualitativen Inhaltsanalysen, sondern vielmehr auf Einzelfallebene ergeben haben und ebenso als ein Mehrwert der qualitativen Forschungsmethoden angesehen werden können.

An dieser Stelle soll noch die besondere Rolle der Impulsivität diskutiert werden. Die drei *Dimensionen der Impulsivität*, die in dieser Dissertation als Ergebnis der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse gefunden wurden sind: (1) *emotional, Ausbrüche*; (2) *gegenwartsbezogen, unreflektiert*; (3) *sprunghaft, unbeständig*. Die Charakteristika, die gefunden wurden sind: (1) *Ausbruch der impulsiven Erregung*, (2) *Über- und Fehlinterpretationen* und (3) *Positive Seite der Impulsivität*. Diese durch die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gefundenen Ergebnisse zeigen, dass die Impulsivität der Kinder auch eine große Rolle im Alltag der Kinder spielt. Dies passt nicht dazu, dass diesem Kernsymptom im Klassifikationssystem ICD-10 (WHO, 2009) am wenigsten Diagnosekriterien zukommen. Die von Sobanski und Kollegen (2010) beschriebene emotionale Labilität und die von Barkley und Murphy (2010) beschriebene emotionale Impulsivität deuten beide eine Impulsivität an, die als separates Diagnosekriterium aufgenommen werden sollte. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen dieser Dissertation. Die Eltern berichten beispielsweise von emotionalen Wutausbrüchen oder Erregungszuständen, um nur ein Beispiel zu nennen, die den

Alltag mit dem Kind unvorhersehbar machen, was es wiederum schwer macht, die Struktur des Alltags einzuhalten und wofür sie Strategien brauchen. An dieser Stelle fließen die drei Forschungsfragen nach der Alltagsstruktur, den Strategien im Umgang mit dem Kind und der Impulsivität zusammen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Eltern eine klare Vorstellung haben von den Abläufen und Strukturen im Alltag, und davon, wie die Wochen, Wochenende und Tage strukturiert sein sollen. Jedoch kommt bedingt durch die Symptomatik und im Besonderen der Impulsivität der Kinder die Schwierigkeit hinzu diese Strukturen einzuhalten, wofür Strategien notwendig sind, die den Alltag gelingen lassen. Die Eltern haben viele Strategien mit dem Verhalten der Kinder umzugehen, einige davon sind sehr spezifisch für das Verhalten ihres Kindes mit ADHS. Der Aspekt der emotionalen Impulsivität wird dabei teilweise übersehen, es zeigt sich jedoch, dass dies ein zentraler belastender Faktor im Alltag der Familien ist, mit dem es gilt täglich umzugehen und der die Eltern an ihre persönliche Belastungsgrenze führt, jedoch im therapeutischen Setting bisher eine untergeordnete Rolle spielt. Auch die Stärkung der eigenen Ressourcen der Eltern sollte vermehrt in den Fokus rücken.

6.2. Diskussion der Forschungsmethoden

Qualitative Forschungsdesigns im Allgemeinen und somit auch diese Dissertation sind nicht konzipiert, um repräsentative Aussagen über eine Stichprobe treffen zu können. Vielmehr sollen sie einen Gegenstand oder ein Forschungsfeld beleuchten und es sich erschließen. Im Falle dieser Dissertation geht es darum, das Individuelle und das Besondere der Familien, in denen ein Kind mit ADHS lebt, zu explorieren und zu versuchen, es zu begreifen. Dabei geht es um Sinnverstehen und nicht um ein Messen von Ausprägungen bestimmter Konstrukte. Hierin liegt jedoch auch ein Kritikpunkt der qualitativen Interviewforschung, denn diese findet auf Grundlage von Erzählungen statt. Dabei ist es nicht unerheblich, welche Menschen sich dabei

als Sender und Empfänger gegenüberstehen. So ist es ein Unterschied, ob man mit einer guten Freundin, einer Therapeutin oder einem netten Sitznachbarn im Zug den gleichen Sachverhalt erzählt. Man wird bei diesem Beispiel drei unterschiedliche Erzählungen vorfinden, die jedoch im Moment der Erzählung der Wahrheit entsprechen (Helfferich, 2011). Dieser Dissertation liegen Interviewtranskripte zu Grunde, die von insgesamt drei Interviewerinnen geführt wurden. Diese Beziehung zwischen Forschenden und Befragten haben einen Einfluss auf die Erzählungen, sowie der Fakt, dass es insgesamt drei Interviewerinnen gab. Jede davon hatte jeweils immer eine andere Beziehung zu den Befragten. Um diesem Fakt entgegenzuwirken, wurde vor Beginn des Interviews deutlich gemacht, dass das Interview zu Forschungszwecken geführt und anonymisiert werden. Dadurch wurden vor Beginn die gleichen Voraussetzungen geschaffen. In Kapitel 2.4 wird dargestellt, in welcher Form die qualitative Inhaltsanalyse in dieser Dissertation zum Einsatz kam. Es ist zu hinterfragen, ob sie die geeignete Methode ist, denn sie bietet durch ihre Regelgeleitetheit nur einen begrenzten Rahmen zur freien Exploration des Forschungsgegenstands (Mayring, 2012). Jedoch offeriert sie hervorragende Möglichkeiten, qualitative Auswertungen mit quantitativen zu verbinden, weswegen sie in dieser Dissertation zum Einsatz kam (Kuckartz, 2016). Es ist noch anzumerken, dass das Forschungsteam aus drei Personen bestand, es wäre für die Qualität der Analysen besser gewesen, wenn das Team aus mehr Personen bestanden hätte, es konnte dennoch sichergestellt werden, dass die Gütekriterien der qualitativen Forschung eingehalten wurden (Kuckartz, 2016).

6.3 Implikationen für die Praxis

Die Implikationen für die Praxis sollen anhand von Beispielen erörtert werden, die bereits zu Beginn dieser Dissertation als Fallbeispiele aufgeführt wurden und die auch in der Ergebnisdarstellung schon als Beispiele dienten.

Struktur, Strategien und Impulsivität sind die drei Hauptthemen, die in dieser Arbeit in den einzelnen Forschungsfragestellungen bearbeitet und diskutiert wurden. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse auf die Praxis und damit den direkten Alltag der Familien bezogen werden. Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass die Eltern einen strukturierten Plan vom Tagesablauf haben und sich große Mühe geben mit ihren Kindern den gesellschaftlichen Normen zu entsprechen und trotz der Auffälligkeiten, welche die Kinder zeigen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Das bedeutet für die Eltern, dass sie beispielsweise eigene berufliche Ziele vernachlässigen, um für ihre Kinder mehr Zeit zu haben und dadurch einen effektiv strukturierten Tagesablauf bieten, in welchem die Kinder Möglichkeiten finden, sich ihren Bedürfnissen entsprechend zu entwickeln. Es zeigt sich auch, dass jede Familie sehr individuell ist, sowohl in ihrer Tagesstruktur als auch in den angewendeten Strategien. Daraus ergibt sich wiederum, dass die Eltern auch mehr individuelle Hilfe erhalten sollten. Eine Möglichkeit könnte sein, dass Therapeuten vermehrt die Familien in ihrem Alltag besuchen und sich den Alltag zumindest für eine begrenzte Zeitspanne ansehen um die Umstände und die Abläufe zuhause in vivo erleben zu können. Auf diese Weise könnte mit ihnen individuell ein Strukturplan erstellt werden, der auf die Bedürfnisse der Familie angepasst ist. Familie M. aus Fallbeispiel 2, hat insgesamt drei Kinder, von denen eins noch ein Säugling ist, der besondere Ansprüche stellt. Die zwei älteren Kinder werden in zwei verschiedene Einrichtungen betreut. Der älteste Sohn hat ADHS und geht schon in die Schule, braucht aber eine besondere Betreuung, zum Beispiel bei den Hausaufgaben. Außerdem ist der Familienvater an drei Tagen in der Woche beruflich unterwegs und somit auch nicht am Abend zuhause und wird deswegen auch von der Mutter nicht als Unterstützung für sie im Alltag angesehen. Durch den Säugling, die unterschiedlichen Zeiten und Institutionen der beiden anderen Kinder und die besonderen Anforderungen, die der Sohn mit ADHS an sie stellt, ist es für die Mutter schwierig, einen gelingenden strukturierten Tag zu gestalten. In dieser Grundsituation zeigen sich die

Verhaltensauffälligkeiten des Kindes mit ADHS besonders. An dieser Stelle wäre es auf Grundlage der Ergebnisse dieser Dissertation zur Forschungsfrage der Strategien, die die Eltern einsetzen, wichtig, mit der Mutter individuelle Strategien zu entwickeln mit dem Verhalten des Kindes umzugehen. Wie im Ergebnisteil bereits beschrieben, braucht M. morgens vor der Schule mehr Betreuung als sein Bruder und wahrscheinlich auch als viele andere Kinder. Auch nach der Schule braucht er Zeit, um sich wieder zu akklimatisieren und sich von der Schule zu erholen. Diese Bedürfnisse kollidieren jedoch mit den Bedürfnissen der anderen Familienmitglieder, besonders der beiden Brüder. Ein möglicher Ansatz wäre, eine Therapeutin den Tagesablauf der Familie anschauen zu lassen und mit deren professioneller Hilfe zu überlegen, wie man die Bedürfnisse der drei Kinder, die sehr unterschiedlich sind, und die der Mutter, und auch die des Vaters, in einem gelingendem Maß zusammenführen kann. Die Mutter könnte zum Beispiel externe Unterstützung bei der Hausaufgaben-Situation annehmen. Besonders ideal erscheint eine pädagogische Fachkraft, oder eine Lehramtsstudentin oder einer fachverwandten Disziplin, die M. bei den Hausaufgaben unterstützt und dafür Zeit hat. Wenn diese jeden Tag oder an mehreren Tagen die Woche zur gleichen Zeit kommt, wird damit nicht nur eine Hilfe, sondern auch eine Routine eingeführt, denn sobald sie kommt, ist für M. eindeutig vorgegeben, dass die Erledigung der Hausaufgaben ansteht und er kann sich darauf einstellen. Gleichzeitig erfährt die Mutter Entlastung und kann sich um den Säugling kümmern oder sich anderen Dingen widmen. Darüber hinaus steht sie nicht unter Druck, den jüngeren Sohn pünktlich vom Kindergarten abzuholen, denn wenn M. noch nicht mit den Hausaufgaben fertig ist, dann kann sie ihren Sohn alleine abholen und M. ist weiterhin gut betreut. Anschließend kann dann positive Familienzeit gemeinsam verbracht werden. Durch diese klare Struktur ist für M. auch deutlich, dass er mit den Hausaufgaben fertig sein sollte, wenn sein jüngerer Bruder aus den Kindergarten kommt, damit er an der positiven Zeit teilnehmen kann. Wenn dies jedoch nicht gelingt, dann ist die natürliche Konsequenz, dass er nicht teilnehmen

kann. Dies setzt eine realistische Zeiteinschätzung für die Hausaufgaben voraus. Als eine mögliche Strategie, diesen Plan umzusetzen, könnte ein Verstärkerplan etabliert werden. Das könnte so aussehen, dass M. sich über den Tag verteilt Punkte oder Sticker sammeln kann, beispielsweise für einen reibungslosen Ablauf morgens und während des Mittagessens. Dazu müsste mit ihm klar besprochen werden, was morgens und auch beim Mittagessen von ihm verlangt wird und was er in welcher Reihenfolge tun soll und für was er die Punkte genau bekommt. Wenn er sich an diese Abmachung hält, bekommt er Punkte, die möglichst für ihn sichtbar auf einen Plan geklebt werden, den er immer einsehen kann (z.B.: am Kühlschrank). Wenn er eine bestimmte Anzahl an Punkten gesammelt hat, muss dies unmittelbar zu einer Belohnung führen, zum Beispiel ein kleines Spielzeug, was er gerne möchte, oder gemeinsam verbrachte Zeit mit der Mutter oder dem Vater, vielleicht eine besonders lange Gutenachtgeschichte. Wichtig ist hierbei, dass M. diese Herausforderung bewältigen kann, sich als selbstwirksam erlebt und das Ziel ein für ihn erstrebenswertes ist. Für die Hausaufgaben-situation eignet sich ein separates Punktesystem, welches nicht von der Mutter bewertet wird, sondern von der Person, welche die Hausaufgaben betreut. Auch hier könnte es Punkte geben, etwa wenn M. die Hausaufgaben zügig nacheinander erledigt. Hier ist es wichtig, dass M. die Belohnung für die Hausaufgaben unmittelbar nach den Hausaufgaben bekommt oder nicht bekommt und diese auch von der Hausaufgabenhilfe selbst übergeben wird, beziehungsweise besprochen wird, wieso auch nicht. Dabei wäre eine kleine Süßigkeit ein Vorschlag, oder ein gemeinsames Spiel am Ende der Hausaufgabenzeit. Dabei ist es wichtig, dass die Person dies selbst übergibt und nicht zum Beispiel an die Mutter delegiert. In diesem entzerrten Alltag sollte die Mutter auch Zeit finden, ihre eigenen Bedürfnisse zu stärken. Sie berichtet, dass es eine Zeit gab, in der sie regelmäßig Beruhigungsmittel einnahm um den Alltag zu meistern. Dies ist ein alarmierender Hinweis darauf, dass sie Freiräume kreieren

sollte, um für ihr eigenes Wohl zu sorgen, abweichend von Medikamenten und Zeit für zur Stärkung ihrer eigenen Ressourcen aufbringen sollte.

Dies ist ein Lösungsvorschlag um mehr Struktur und Strategien in den ganz spezifischen Problemfall der Hausaufgaben-Situation zu bringen und dadurch mehr Regelmäßigkeit in den gesamten Tagesablauf.

6.4 Limitationen

Ausgehend von dem Grundsatz den Alltag der Familien von Kindern mit ADHS sinnverstehend erfassen zu wollen, wurden die Daten des Projektes durch ein Leitfadeninterview generiert. Dies ließ den Teilnehmern die größtmögliche Offenheit und Freiheit zu erzählen und lenkte trotzdem das Thema, zu dem sie erzählten. Daraus ergibt sich, dass die Eltern das erzählen, was ihnen im Gedächtnis ist. Dabei stand nicht im Fokus kausale Zusammenhänge herzustellen, sondern den Sinn des Verhaltens zu erfassen. Aus diesem Grundsatz ergeben sich die größten Limitationen der Untersuchung. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Diese Auswertungen sind auf Grundlage von 18 Interviews erfolgt, die individuelle Erzählungen darstellen. Trotzdem setzen sie in einem Mosaik ein Bild zusammen, welches einen guten Einblick in den Alltag der Familien vermittelt. Die Ergebnisse sind eine Beschreibung dessen, was die Eltern erleben und wahrnehmen.

Die teilnehmenden Familien stammen alle aus dem süddeutschen Raum und wurden im Rahmen eines Intensivtherapieprogramms für Kinder mit ADHS rekrutiert. Insgesamt wurden 40 Familien angefragt und 19 haben sich bereiterklärt (ein Interview wurde nachträglich ausgeschlossen), an der Studie teilzunehmen. Dadurch ergibt sich bereits eine Selektion, denn es könnte sein, dass nur Familien, die bestimmte Merkmale aufweisen, sich freiwillig an dieser Studie beteiligen wollten. Des Weiteren hatten nicht alle Kinder und Eltern das Intensivtherapieprogramm bereits absolviert und es kann nicht kontrolliert werden, wie sich

beispielsweise die Strategien der Eltern und das impulsive Verhalten der Kinder durch die Teilnahme verändert haben. An dieser Stelle greifen jedoch auch die Stärken der qualitativen Forschung, denn die Eltern berichten nicht nur von dem aktuellen Zustand, sondern auch aus der Vergangenheit. Durch die Teilnahme an weiteren Begleitstudien zum Intensivtherapieprogramm bestand schon eine gewisse Beziehung zwischen Forschenden und Eltern. Diese war nicht therapeutisch gefärbt, jedoch waren sich die Interviewer und die Befragten sich nicht völlig fremd. Daher bestand keine völlige Anonymität vor Beginn des Interviews, jedoch führte das in der Mehrheit der Fälle sicherlich auch zu mehr Vertrauen und Offenheit in den Erzählungen.

Eine weitere Limitation liegt im Geschlechterverhältnis der Stichprobe, die Mädchen sind in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert, das Verhältnis entspricht auch nicht dem Geschlechterverhältnis der ADHS-Prävalenz.

Durch die geringe Anzahl an Interviews konnte ebenfalls keine differenzierte Auswertung nach Komorbidität und ADHS-Typen vorgenommen werden, dies sollte in weiteren Studien verändert werden. Auch eine Typenbildung der Familien wurde aufgrund der kleinen Stichprobenanzahl nicht vorgenommen.

Weiterhin wäre es besser gewesen, das Forscherteam hätte aus mehr als drei Personen bestanden, um eine noch differenziertere Kodierung möglich zu machen.

Bei der Analyse der Forschungsfrage zur Impulsivität wurde deutlich, dass die interviewende Person an manchen Stellen noch spezifischer hätte nachfragen können, um weitere Details zu generieren. Festzuhalten ist auch, dass die Eltern im Laufe des Interviews explizit nach der Impulsivität der Kinder gefragt wurden. Nicht erfragt wurden die Kernsymptome Unaufmerksamkeit und Überaktivität, es ist nicht zu beurteilen, wie die Gewichtung der Kernsymptome gewesen wäre, wenn man explizit nach allen Kernsymptomen gefragt hätte.

Während der Arbeit an dieser Dissertation und den Analysen der Interviews wurde deutlich, wie wichtig auch eine eventuell existierende ADHS-Symptomatik der Eltern ist. Diese sollte in der nächsten Studie unbedingt auch erfasst werden.

Diese Studie hat einen Beitrag zur Exploration des Alltags von Familien, in denen ein oder mehrere Kinder mit ADHS leben, geleistet. Im Folgenden wird ein Ausblick für die weitere Forschung in diesem Themenbereich gegeben.

6.5 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass der Alltag der Familien ein komplexes und diffiziles Konstrukt ist, welches anfällig ist für Distractionen. Hier konnten einige Einblicke in dieses System gegeben werden. Auf Grundlage der Daten und der Ergebnisse erscheint es notwendig, noch weitere Studien durchzuführen, um den Alltag der Familien zu untersuchen und weitere Einblicke zu erhalten. Es gibt eine Differenz zwischen dem Alltag wie ihn die Eltern beschreiben und wahrnehmen und erzählen und dem, was in der Forschung zu ADHS in experimentellen Designs erforscht wird. Es erscheint auf der Grundlage dieser Daten wichtig, weitere Forschungsprojekte zu initiieren, die den Alltag der Familien untersuchen, um neue Erkenntnisse zu generieren und den Sinn hinter den spezifischen Verhaltensweisen besser verstehen zu können und letztendlich Therapieprogramme auf das Leben und den Alltag der Familien besser zuschneiden zu können. Besonders interessant könnten hier weitere Studien sein, die qualitative und quantitative Designs verbinden, denn es zeigte sich ein Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Eltern in Bezug auf die Alltagsstruktur. Dieser Befund kann hier nur am Rande diskutiert werden, sollte aber durch weitere Studien ausgebaut werden.

Ein weiterer interessanter Punkt wäre es, die Interviews nochmals unter einem anderen Gesichtspunkt auszuwerten. Es könnte aufschlussreich sein zunächst Situationen aus den

Interviews zu codieren und zu analysieren, ob sich in den Familien im Alltag Muster an Situationen finden lassen. So ließe sich herausfinden in welchen Situationen welche Strategie eingesetzt wird. Diese weiteren Analysen übersteigen den Umfang dieser Dissertation, erscheinen aber noch sehr interessant in der Bearbeitung des Materials. Dazu könnten weitere Interviews mit dem hier verwendeten Leitfaden geführt werden um die Stichprobengröße zu erhöhen und die Ergebnisse zu fundieren. Interessant wäre darüberhinaus, ob sich bei einer größeren Stichprobe eventuell doch Muster in den Erziehungsstrategien der Eltern finden lassen.

Eine Möglichkeit zur weiteren Beforschung der Forschungsfragen wäre, die hier gefundenen Strategien der Eltern, sowie die Ergebnisse zur Impulsivität der Kinder in Fragebögen zu transferieren und somit ein ökonomisches Messinstrument zu kreieren um die Ergebnisse zu replizieren und zu validieren.

Des Weiteren ist es den Familien zu wünschen, dass die Gesellschaft und Institutionen sensibler für die Schwierigkeiten werden und offener sind, den Familien wohlwollend zur Seite zu stehen, und auch individueller auf die Kinder und ihre Bedürfnisse eingehen.

Ein Punkt, der in dieser Dissertation keine Beachtung gefunden hat, der jedoch unbedingt untersucht werden muss, ist die Qualität der Paarbeziehung der Eltern und welchen Einfluss diese auch auf das Familienklima und die Beziehung der Eltern zu den Kindern hat. Auch die Symptomatik der Kinder und der wechselseitige Einfluss dieser auf die Paarbeziehung der Eltern muss in weiteren Studien untersucht werden.

Die Impulsivität als Kernsymptom spielt bei der Diagnosestellung und der Interventionsplanung nur eine untergeordnete Rolle, an dieser Stelle ist weitere Forschung vonnöten, um Interventionsprogramme zu schaffen, die den Eltern und den Kindern zeigen, wie sie besser mit der Impulsivität umgehen und weniger aus dem Moment heraus agieren können.

Abschließend ist zu sagen, dass diese Dissertation einen Beitrag dazu geleistet hat den Alltag der Familien näher zu erfahren und zu begreifen, zu verstehen, wie ihre Strukturen aufgebaut sind, wie sie ihren Alltag gestalten, welchen Routinen sie folgen und welche Strategien sie nutzen, um den besonderen Ansprüchen, die ihre Kinder, zum Beispiel durch ihre Impulsivität an sie stellen, gerecht zu werden.

6.6 Persönliche Abschlussworte

Am Schluss dieser Dissertation möchte ich noch ein paar Worte aufschreiben, die mich im Prozess während der gesamten Promotion begleitet haben. Zu Beginn der Phase stand das Erkenntnisinteresse zu erfahren, wie die Eltern ihren Alltag gestalten und mit den besonderen Bedürfnissen der Kinder umgehen. Da ich dazu in der Literatur keine befriedigenden Nachweise finden konnte, habe ich mich entschlossen dieses große Projekt zu planen und durchzuführen. Jetzt am Ende einer langen Forschungsphase, die bestimmt wurde durch objektive Forschungskriterien, möchte ich noch ein paar Worte zu meinem persönlichen Eindruck der Familien aufschreiben. Es hat mich sehr beeindruckt, wie jede Familie die Unwegbarkeit des Alltags meistert. Ich hatte das Gefühl, dass sich jede Mutter und jeder Vater sehr viele wohlwollende Gedanken macht, um das Leben des Kindes bestens gestalten zu können. Nicht immer funktioniert dies so, wie sich die Eltern dies vorstellen. Jedoch kann ich mit persönlicher Überzeugung sagen, dass alle Eltern sich die größtmögliche Mühe geben, den Alltag für ihr Kind mit besonderen Bedürfnissen auf der einen Seite so angenehm wie möglich, jedoch auch so lehrreich wie möglich zu gestalten. In meiner intensiven Arbeit mit den Interviews und den Erzählungen der Eltern habe ich großen Respekt vor den Eltern entwickelt, wie sie die täglichen Herausforderungen meistern.

Literaturverzeichnis

- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520. doi: 10.1007/BF00916812
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944-972. doi: 10.1177/019251301022008001
- Babocsai, L., Vonderlin, E., & Pauen, S. (in press). Intensivtherapie für Kinder mit ADHS. *Psychotherapie Aktuell*, 10, 31-33.
- Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E., & Rothenberger, A. (2003). Association of ADHD and conduct disorder—brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 356-376. doi: 10.1111/1469-7610.00127
- Barkley, R., & Murphy, K. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with ADHD: the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1, 5-28. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10081172
- Barkley, R. A. (2002). *Das große ADHS-Handbuch für Eltern*. Bern: Huber.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587. doi: 10.1023/A:1020807613155
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Boyce, W. T., Jensen, E. W., James, S. A., & Peacock, J. L. (1983). The family routines inventory: Theoretical origins. *Social Science & Medicine*, 17, 193-200. doi: 10.1016/0277-9536(83)90117-X
- Braaten, E. B., & Rosén, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 313. doi: 10.1037/0022-006X.68.2.313
- Bull, C., & Whelan, T. (2006). Parental schemata in the management of children with Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *Qualitative Health Research*, 16, 664-678. doi: 10.1177/1049732305285512
- Cadesky, E. B., Mota, V. L., & Schachar, R. J. (2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1160-1167. doi: 10.1097/00004583-200009000-00016
- Daviss, W. B. (2008). A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 565-571. doi: 10.1089/cap.2008.032
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 168-192. doi: 10.1007/s10578-009-0159-4
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. (S. 239-254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 7., überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M. (2008). ADHS und Psychotherapie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156, 776-780. doi: 10.1007/s00112-008-1730-y
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., & Steinhausen, H. (2006). *Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P., & Heim, K. (1988). *Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist* (2. Aufl.). Köln
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (3. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J., & Levine, D. W. (2005). Home chaos: Sociodemographic, parenting, interactional, and child correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 93-104. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_9
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 43-51. doi: 10.1177/0022219412464351
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school

- functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515. doi: 10.1097/00004583-200105000-00009
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Publications.
- Evenden, J. (1999). Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 13, 180-192. doi: 10.1177/026988119901300211
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348-361. doi: 10.1007/PL00005481
- Fiese, B. H., Hammons, A., & Grigsby-Toussaint, D. (2012). Family mealtimes: a contextual approach to understanding childhood obesity. *Economics & Human Biology*, 10, 365-374. doi: 10.1016/j.ehb.2012.04.004
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 381-390.
- Firmin, M. W., & Phillips, A. (2009). A qualitative study of families and children possessing diagnoses of ADHD. *Journal of Family Issues*, 30, 1155-1174. doi: 10.1177/0192513X09333709
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 580. doi: 10.1111/j1469-7610.1991.tb00304.x
- Franiek, S., & Reichle, B. (2007). Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 240-249. doi: 10.1026/0942-5403.16.4.240

- Frick, P. J., Christian, R. E., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106-128. doi: 10.1177/0145445599231005
- Fröhlich, W. D. (2005). *Wörterbuch Psychologie*. München: dtv Verlag.
- Fuhrer, U. (2009). *Lehrbuch Erziehungspsychologie*. Bern: Huber.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse : als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goodwillie, G. (2014). Protective vigilance: a parental strategy in caring for a child diagnosed with ADHD. *Journal of Family Therapy*, 36, 255-267. doi: 10.1111/1467-6427.12010
- Hallberg, U., Klingberg, G., Reichenberg, K., & Möller, A. (2008). Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3, 52-58. doi: 10.1080/17482620701705523
- Hart, C., Newell, L., Olsen, S., Greene, J., & Burleson, B. (2003). *Handbook of Communication and Social Interaction Skills*. London: Routledge Verlag.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herpertz, S., & Saß, H. (1997). Impulsivität und Impulskontrolle zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptionalisierung. *Der Nervenarzt*, 68, 171-183. doi: 10.1007/s001150050112
- Hopf, C., & Schmidt, C. (1993). *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Hildesheim. retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-456148>

- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., . . . Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 411. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.411
- Huss, M., Hölling, H., Kurth, B.-M., & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *European Child & Adolescent psychiatry, 17*, 52-58. doi: 10.1007/s00787-008-1006-z
- Israel, A. C., Roderick, H. A., & Ivanova, M. Y. (2002). A measure of the stability of activities in a family environment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 85-95. doi: 10.1023/A:1015336707701
- Ivanova, M. Y., & Israel, A. C. (2005). Family stability as a protective factor against the influences of pessimistic attributional style on depression. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 243-251. doi: 10.1007/s10608-005-3167-0
- Ivanova, M. Y., & Israel, A. C. (2006). Family stability as a protective factor against psychopathology for urban children receiving psychological services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 564-570. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_7
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review, 28*, 1266-1280. doi: 10.1016/j.cpr.2008.05.004
- Jensen, E. W., James, S. A., Boyce, W. T., & Hartnett, S. A. (1983). The family routines inventory: Development and validation. *Social Science & Medicine, 17*, 201-211. doi: 10.1016/0277-9536(83)90117-X

- Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 74-79.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434
- Kaiser, N. M., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*, 15, 193-203. doi: 10.1177/1087054709356171
- Keltner, B. (1990). Family characteristics of preschool social competence among Black children in a Head Start program. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 95-108. doi: 10.1007/BF00706118
- Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research*, 8, 839-857. doi: 10.1177/104973239800800609
- Kendall, J., & Shelton, K. (2003). A typology of management styles in families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 9, 257-280. doi: 10.1177/1074840703255446
- Krause, J., & Krause, K.-H. (2013). *ADHS im Erwachsenenalter: Symptome-Differenzialdiagnose-Therapie*: Schattauer Verlag.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lanza, H. I., & Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 83-94. doi: 10.1007/s10802-010-9447-5

- Lin, M. J., Huang, X. Y., & Hung, B. J. (2009). The experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1693-1702. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02604.x
- Lora, K. R., Sisson, S. B., DeGrace, B. W., & Morris, A. S. (2014). Frequency of family meals and 6–11-year-old children's social behaviors. *Journal of Family Psychology, 28*, 577. doi: 10.1037/fam0000014
- Malatras, J. W., & Israel, A. C. (2013). The Influence of Family Stability on Self-Control and Adjustment. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 661-670.
- Malatras, J. W., Israel, A. C., Sokolowski, K. L., & Ryan, J. (2016). First things first: Family activities and routines, time management and attention. *Journal of Applied Developmental Psychology, 47*, 23-29. doi: 10.1002/jclp.21935
- Mayring, P. (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (Hg.), *Qualitative Forschung* (S. 468-474). Hamburg: Rowohlt's Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl. ed.). Weinheim: Beltz.
- Moen, Ø. L., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. *Journal of Family Nursing, 17*, 441-462. doi: 10.1177/1074840711423924
- Montessori, M. (1992). *Dem Leben helfen*. Freiburg: Herder.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review, 28*, 692-708. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.003
- Patton, J. H., & Stanford, M. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1

- Petry, J. (2009). *Dysfunktionaler und pathologischer PC-und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag
- Reichle, B., & Franiek, S. (2009). Erziehungsstil aus Elternsicht: Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschulkinder (DEAPQ-EL-GS). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41, 12-25. doi: 10.1026/0049-8637.41.1.12
- Remschmidt, H. (2005). Global consensus on ADHD/HKD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 127-137. doi: 10.1007/s00787-005-0439-x
- Schilling, V., Petermann, F., & Hampel, P. (2006). Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 293-301. doi: 10.1024/1661-4747.54.4.293
- Segal, E. S. (2001). Learned mothering: Raising a child with ADHD. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 263-279. doi: 10.1023/A:1010937017016
- Segal, R. (1998). The construction of family occupations: A study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 286-292. doi: 10.1177/000841749806500506

- Seipp, C. M., & Johnston, C. (2005). Mother–son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 87-98. doi: 10.1007/s10802-005-0936-x
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., . . . Sonuga-Barke, E. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 915-923. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 696-702. doi: 10.1097/00004583-200206000-00009
- Steinhausen, H.-C., Nøvik, T. S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M. J., Pereira, R. R., . . . Group, A. S. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child & Adolescent psychiatry*, 15, i25-i29. doi: 10.1007/s00787-006-1004-y
- World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10. Aufl). Geneva: World Health Organization
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Jama*, 292, 619-623. doi: 10.1001/jama.292.5.619
- Wölfling, K., Leménager, T., Peukert, P., & Batra, A. (2013). Computerspiel-und Internetsucht und pathologisches Glücksspiel. *Der Nervenarzt*, 84, 576-583. doi: 10.1007/s00115-012-3722-3
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal*

of Child Psychology and Psychiatry, 53, 1036-1043. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Doctoral Committee of the Faculty of Behavioural and Cultural Studies, of Heidelberg University

Erklärung gemäß § 8 (1) c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg

für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

**Declaration in accordance to § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University,
Faculty of Behavioural and Cultural Studies**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

Erklärung gemäß § 8 (1) d) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg

für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

**Declaration in accordance to § 8 (1) d) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University,
Faculty of Behavioural and Cultural Studies**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname

First name Family name _____

Datum, Unterschrift

Date, Signature _____

Anhang

Anhang A

Anhang A-3: Codierleitlinien der Hauptkategorie Facetten der Impulsivität

Hauptkategorie	Definition Hauptkategorie	Definition Impulsivität
Facetten der Impulsivität	Umfasst alle Textstellen, auf welche die Impulsivitätsdefinition inklusive der weiteren Ausführungen (siehe Gliederungspunkt 2.2.2) zutrifft.	Impulsivität ist nach Herpertz und Saß (1997) durch zwei Dimensionen gekennzeichnet. Demnach sind der impulsive Antrieb und die Impulskontrolle die entscheidenden Faktoren, welche die Impulsivität ausmachen. Impulsives Verhalten zeichnet sich durch einen hohen impulsiven Antrieb, bei einer niedrigen Impulskontrolle aus.
Subkategorien	Definition/ Beschreibung	Ankerbeispiele/ Verhaltensbeispiele
Emotional, Ausbrüche	<p>Umfasst Reaktionen und Ausbrüche der Kinder, auf emotionale Auslöser und ein Unvermögen diese stark angetriebenen emotionalen Ausbrüche zu verhindern.</p> <p>Diese Ausbrüche zeigen sich...</p> <p>...in aggressiven Verhaltensweisen gegen sich, Mitmenschen oder Gegenständen, wie z.B. schlagen, beißen, etwas werfen,</p> <p>...in Gefühlsausbrüchen, wie z.B. weinen, sauer sein,</p> <p>... in lautstarken Ausbrüchen wie schreien, stampfen,</p> <p>...in verbalen Ausfälligkeiten, wie z.B. beschimpfen, beleidigen und überzogenen Aussagen.</p>	<p>„behauptungen aufstellt die total überzogen sind soo //hmm// "ich krieg garnichts zu essen du lässt mich verhungern" sowas in die richtung tota:l überzogen“ (BS240915)</p> <p>„genau also er hat rumgebrüllt, ähm, er hat (.) ähm (3) ja in der schule (2) mal nen tisch umgeworfen, hat nen stuhl geworfen und war halt wirklich aggressiv. von seiner ausdrucksweise und von seinem verhalten //hmm// so hat sich das geäußert.“ (BS240915)</p> <p>„und dann kommt das impulsive wieder, dieses beißen kratzen schlagen //okay// treten“ (TZ111215)</p> <p>„na die kann auch schön sein weil er sich auch extrem freuen kann //ja (V)// ja //hmm// also er kann auch ja hüpfen vor freude und der erste beleuchtete weihnachtsbaum war also ein- (.) ein ergriffenes strahlen //@(.).@// also das (.) impulsive hat ja auch viel mit den emotionen zu tun und das ist auch was positives“ (DM031215)</p>
Subsubkategorien der Subkategorie emotional, Ausbrüche	<ul style="list-style-type: none"> - Aggressives Verhalten - Gefühlsausbrüche - Laut werden - Verbale Ausfälligkeiten 	<p><u>Aggressives Verhalten</u>: emotionale Impulsivität wird sichtbar in aggressivem Verhalten der Kinder als Reaktion auf einen emotionalen Impuls. → Kinder haben Schwierigkeiten ihre Gefühle zu regulieren und reagieren mit nicht unterdrückbaren, aggressiven Verhaltensweisen wie schlagen, beißen, Gegenstände werfen.</p> <p><u>Gefühlsausbrüche</u>: emotionale Impulsivität wird sichtbar in Gefühlsausbrüchen. → Kinder können in emotionalen Situationen ihre Gefühle nicht zurückhalten (weinen) und lassen ihre Stimmung (Zorn, sauer sein) schnell beeinflussen.</p> <p><u>Verbale Ausfälligkeiten</u>: emotionale Impulsivität wird sichtbar in verbalen Ausfälligkeiten und überzogenen Aussagen. → Kinder beleidigen, beschimpfen oder reagieren mit überzogenen Aussagen auf emotionale Situationen.</p> <p><u>Laut werden</u>: emotionale Impulsivität wird sichtbar in lauten Ausbrüchen der Kinder. → Kinder reagieren auf emotionale Stimuli häufig mit lautstarken Ausbrüchen wie schreien, Türe knallen.</p>

<p>Gegenwartsbezogen, unreflektiert</p>	<p>Umfasst Reaktionen der Kinder, die der unmittelbaren Impulsbefriedigung dienen, sich auf die Gegenwart beziehen und aufgrund des hohen Antriebs und dem Unvermögen Konsequenzen abzuwägen nicht gehemmt werden.</p> <p>Diese Reaktionen sind nicht durchdacht, situationsunangemessen und vorschnell ohne Berücksichtigung von Alternativen. Häufig geht damit eine Missachtung von Regeln und sozialen Normen oder anderer (auch negativer) Konsequenzen einher.</p> <p>Sie drücken sich z.B. aus...</p> <p>... in der Unfähigkeit den Impuls zu unterdrücken und aufzuschieben (können nicht warten, exzessives Reden),</p> <p>... im vorschnellen Überbewerten der Situation/ des eigenen und fremden Verhalten bzw. der Fähigkeiten,</p> <p>... in der direkten Umsetzung einer Idee (Impuls).</p>	<p>„und der hat halt kein filter das wi- wird bei ihm sofort umgesetzt“ (BS240915)</p> <p>„gerne alles anfasst und in der arztpraxis //hmm// ist das nicht gerne gesehen“ (BS240915)</p> <p>„ich mein er saß unterm tisch er stand aufm tisch“ (TZ111215)</p> <p>„beispiel in der schule also da wurd sich nie gemeldet //hmm// sofort äh die lehrerin fragt was und dann kommt sofort vom richard (.) schreit rein, sagt was er denkt“ (HI100915)</p> <p>„der daniel meinte du hast dein ganzes geld verballert. Er kriegt Taschengeld jeden Monat 3,50 Euro. Das ist dann auch an dem montag gleich weg für süßigkeiten. er tut so als obs bei mir nie süßigkeiten gibt //@(.)@ ich hab den ganzen schrank voll mit süßigkeiten, chips, alles. (.) ähm, nee er muss dann wirklich, ok, dann hatten wir uns ggeeinigt, "so du hör ma, teil doch die 3,50 Euro, 2 euro kannst du sofort ausgeben und die anderen 1,50 euro tust du in die spardose", das hat eine woche, eine woche hat er das gemacht“ (SE020615)</p>
<p>Subsubkategorien der Subkategorie gegenwartsbezogen, unreflektiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direktes Umsetzen des ersten Impulses - Selbstbezogenes Verhalten - Exzessives Geld ausgeben und teilen - Exzessives Reden 	<p><u>Direktes Umsetzen des ersten Impulses:</u> gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität drückt sich aus in der ungefilterten vorschnellen direkten Umsetzung einer Idee, die momentan eingetreten ist, ohne Handlungsalternativen zu berücksichtigen und Folgen der Umsetzung zu bedenken. → Kinder folgen ihrer ersten Idee und setzen diese ungeachtet der Konsequenzen und unbedacht der Alternativen direkt um.</p> <p><u>Selbstbezogenes Verhalten:</u> gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität drückt sich aus in eigenwilligem Handeln, in dem es darum geht den momentanen eigenen Willen zu verfolgen ohne dabei auf andere zu achten. → Kinder geben in sozialen Situationen oftmals den Ton an oder können eigene Wünsche nicht hintenanstellen und verschieben.</p> <p><u>Exzessives Geld ausgeben und teilen:</u> gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität drückt sich aus in exzessivem Geld ausgeben oder übermäßigem teilen und verschenken eigener Ressourcen. → Kinder geben übermäßig viel Geld auf einmal aus und teilen oder verschenken eigene Ressourcen, auch wenn diese beschränkt sind.</p> <p><u>Exzessives Reden:</u> gegenwartsbezogene, unreflektierte Impulsivität drückt sich aus in übermäßigem Redebedarf und -beitragen. → Kinder reden häufig exzessiv, auch in Situationen, in denen dies nicht erwartet bzw. erwünscht wird.</p>

Sprunghaft, unbeständig	<p>Umfasst sprunghafte und unbeständige Reaktionen der Kinder aufgrund eines Unvermögens neu auftretende bzw. neu hinzukommende stark angetriebene Impulse zu hemmen und die momentane Impulsverfolgung abzuschirmen und zu kontrollieren.</p> <p>Diese Reaktionen drücken sich aus im Unterbrechen der eigentlichen Handlung, um dem neuen Impuls zu verfolgen, ... in Fokus- oder Themenwechsel, ... in unsteten Entscheidungen.</p>	<p>„Impulsivität, was äh (.) Hanna kann von einem Moment auf den anderen irgendwas völlig anderes in den Fokus nehmen und das dann unbedingt machen wollen, um dann einen kurzen Zeitmoment später wieder was völlig anderes vorzuhaben.“ (DL281015)</p> <p>„Dann dann will sie ihre Probleme so los werden und während sie so ihre Probleme los wird kommt schon wieder irgendwas ganz anderes und äh das bleibt immer alles so offen, wird nie so zu Ende wirklich auch bearbeitet“ (DL281015)</p> <p>„und immer von einem zum nächsten springt“ (DL281015)</p> <p>„hat er irgendwas gehört und dann fängt er noch an darüber und babbelt und dann fällt ihm das ein und::, kann sich net mehr auf die aufgabe die er mache soll (.) net mehr drauf konzentriere“ (AR250915)</p>
Subsubkategorien der Subkategorie sprunghaft, unbeständig	<ul style="list-style-type: none"> - Neue Handlung beginnen - Unstete Entscheidungen - Themenwechsel 	<p><u>Neue Handlung beginnen</u>: sprunghafte unbeständige Impulsivität wird sichtbar im Beginn neuer Handlungen, ohne dass die zuvor durchgeführte oder angestrebte Tätigkeit abgeschlossen wurde und der Impuls eine neue Handlung zu beginnen unterdrückt werden konnte. → Kinder können ihre momentan verfolgte Handlung schwer gegenüber neuen Handlungsimpulsen abschirmen und pausieren oder beenden ihre Handlung zugunsten der neuen Handlung.</p> <p><u>Unstete Entscheidungen</u>: sprunghafte unbeständige Impulsivität wird sichtbar in unsteten Entscheidungen und häufiges Ändern und Revidieren der Entscheidung. → Kinder haben Schwierigkeiten eine einmal getroffene Entscheidung gegen (neue) attraktive Alternativen abzugrenzen und bei dieser Entscheidung zu bleiben.</p> <p><u>Themenwechsel</u>: sprunghafte unbeständige Impulsivität wird sichtbar in verbalen Themenwechseln, also dass von Thema zu Thema gesprungen wird und das erste Thema nicht zu Ende erzählt und besprochen wird. → Kinder wechseln häufig das Gesprächsthema und fangen an von etwas Neuem zu erzählen, ohne dass das Thema zuvor beendet wurde.</p>

Anhang A-4: Codierleitlinien der Hauptkategorie Charakteristika der Impulsivität

Hauptkategorie	Definition Hauptkategorie	
Charakteristika der Impulsivität	Umfasst alle Textstellen, welche spezifische Charakteristika der Impulsivität beschreiben. Die Impulsivität bzw. impulsives Verhalten ist dabei bereits durch die Hauptkategorie Facetten der Impulsivität erfasst worden.	
Subkategorien	Definition	Ankerbeispiele
Subkategorie: Ausbruch der impulsiven Erregung	Die Subkategorie <i>Ausbruch der impulsiven Erregung</i> umfasst Textstellen, welche die Charakteristika und den Verlauf des impulsiven Erregungsausbruches beschreiben.	--
Subsubkategorie: Kleinigkeiten als Auslöser	<ul style="list-style-type: none"> - Umfasst Textstellen, in welchen von Kleinigkeiten und belanglosen Situationen als Auslöser für die Ausbrüche der impulsiven Reaktionen berichtet werden. 	<p>„In manchen Dingen was für uns ganz normal ist oder nicht schlimm kann er völlig ausrasten“ (TZ111215)</p> <p>„wenn irgendwas war manchmal kleinste Auslöser, die auch grade für fremde Leute oder außenstehende also nicht wirklich Mutter oder Vater, und auch für uns teilweise nicht abzusehen waren“ (BS240915)</p> <p>„Also das beim David ebenschon Kleinigkeiten dazu führen können, dass er eben laut wird //hmm// oder rumschreit oder einfach Behauptungen aufstellt die total überzogen sind“ (BS240915)</p>
Subsubkategorie: Abhängigkeit vom Ausgangsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Umfasst Textstellen, welche vom Bedingtsein des Ausbruchs durch die Situation, insbesondere von der Stimmungsabhängigkeit des Kindes berichten. 	<p>„extrem stimmungsabhängig, //hmm// das heißt schlechtgelaunt und dann kommt: "<u>nein</u>" also dann ist sofort, will ich nicht, mach ich nicht, wenn man etwas anspricht, wenn er gut gelaunt ist, dann ist es oft ein kurzes nachdenken, ok, oder sogar noch ein Vorschlag bringen, können wir irgendwie was anderes machen, also da garnicht, aber in dem Moment wo wir, wo wir auf diesem schlecht-gelaunt-trip sind, (3) extrem impulsiv würde ich nicht sagen, aber impulsiv“ (EM060715)</p>

Subsubkategorie: Ausbruch von 0 auf 100	- Umfasst Textstellen, welche vom schnellen, sofortigen oder unvorhersehbaren Ausbruch der impulsiven Reaktionen berichten.	<p>„er kann wirklich von jetzt auf gleich (.) total explodieren.“ (AS090715)</p> <p>„I: Impulsivität. //hmm// [<i>G trinkt und lacht, kichert dabei</i>] ähm was können sie mir denn zur Impulsivität von Yann erzählen? Wenn sie da (5) [<i>G trinkt und schluckt wieder, pause entsteht</i>] (8)</p> <p>G: Ja das ist schon oft von jetzt auf gleich“ (Se060215)“</p> <p>„Die Impulsivität ist sehr stark ausgeprägt beim Manuel. Der kann sich ähmm (2) also wenn er wenn er wütend wird dann äh kann er ähmm dann kann er wütend werden. Das geht dann wirklich von null auf hundert“ (AWE_Tele051116)</p>
Subsubkategorie: Hochgeschaukelter Erregungsausbruch	- Umfasst Textstellen, welche von impulsiven Reaktionen berichten, die aufgrund eines kumulierenden Anstiegs ausbrechen, d.h. bis der impulsive Antrieb nicht mehr kontrolliert werden kann.	<p>„in Davids damaliger Klasse war es so, dass er ähmm (.) dann Kinder in der Klasse hatte die wussten was passiert, wenn er nen bestimmten Punkt erreicht und da waren eben auch Kinder dabei die das ausgenutzt haben. Also die da wirklich auch hingearbeitet haben“ (BS240915)</p>
Subsubkategorie: Unbezähmbare notwendige Entladung	- Umfasst Textstellen, welche vom Drang und der Notwendigkeit der Energieentladung berichten.	<p>„sie können diese Emotionen nicht so gut regulieren wie wir auch selbst wir kriegens oft nicht hin. ich denk immer (.) was will ich denn erwarten von einem ders wirklich nicht kann er kann auch nichts dafür, dass ers nicht kann, dann muss er halt mal toben und muss halt mal trampeln //ja (V)// ich mein irgendwo muss es doch auch raus“ (DM031215)</p> <p>„Also, dass da sofort, dass er, rumschreit, rum(nölt), manchmal auch wirklich Sachen rumschmeißt, also da wird halt einfach der Ranzen so direkt in die nächste Ecke gepfeffert //mhm// und in Tränen ausbricht. ((räuspert sich)) Wirklich auch körperlich aggressiv wird. Also, jetzt, is nicht so, dass er mich jetzt schlagen kommt, aber er muss dann erstmal richtig Dampf ablassen und geht dann erstmal in sein Bett und (weint) dann.“ (AS090715)</p>
Subsubkategorie: Kontrollverlust	- Umfasst Textstellen, in welchen vom Kontrollverlust während eines Ausbruchs berichtet wird. Dabei befinden sich die Kinder wie in einem Tunnel, in dem sie gefangen und nicht erreichbar sind.	<p>„Wenn ich ihn abgeholt hab und er wirklich explodiert ist, ähm und ich ihn dann wirklich nur mit harrschen Worten zur Seite genommen hab und er musste ne Auszeit nehmen, sich hinsetzen, wo dann immer die Frage kam, jaa aber du erklärst ihm ja nie was, warum du das jetzt machst undso. Aber ich wusste schon damals, in der Situation kann der Markus nix aufnehmen. //mhm// In der Situation ist er so in seinem Tunnel drin, dass von außen es-, sieht nur noch das was er da vorne sieht, alles andere nimmt er nicht mehr wahr.“ (AS090715)</p> <p>„man spricht manchmal mit ihm und das ist so wie mit wand. //hmm// da- da hat man kein ähh kein richtige äh kontakt. ich bin in meine Welt und er ist in eigene Welt wo e- wo nur Wut ist“ (AS170915)</p>

Subkategorie: Über- und Fehlinterpretationen	Umfasst Textstellen, in welchen die Kinder zu vorschnellen Schlüssen kommen und dadurch oftmals zu Fehl- und Überinterpretationen oder zu extremen Denkschemata neigen.	„ich sag das ist doch dem passiert das kann doch uns auch passiere //ja// wenn das Bad so voll ist man schwimmt dicht aneinander vorbei, ja "nein das hat der absichtlich gemacht". Ja fertig () will ich net mehr höre, so. also und er kam da auch net davon ab dass der das jetzt absichtlich gemacht hat.“ (DZ_Tele161015) „wenn ers so ein bisschen kann sagt er sofort er kanns komplett also //mhm// sieht da auch nicht ein, dass man noch weiterüben muss und wenn ers gar nicht kann, dann will ers auch gar nicht probieren weil er denkt er schafft's nie.“ (DH011015)
Subkategorie: Positive Seite der Impulsivität	Umfasst Textstellen, in welchen von der positiven Seite impulsiver Reaktionen berichtet wird, bspw. von positiven Verhaltensweisen und Konsequenzen.	„na die kann auch schön sein weil er sich auch extrem freuen kann //ja (V)// ja //hmm// also er kann auch ja hüpfen vor Freude und der erste beleuchtete Weihnachtsbaum war also ein- (.) ein ergriffenes strahlen //@(.).@// also das (.) impulsive hat ja auch viel mit den Emotionen zu tun und das ist auch was positives“ (DM031215) „er hat auch keine Hemmungen irgendwie Leute anzusprechen oder oder irgendwie“ (HI100715)

Anhang B

Subkategorien und ihre Definitionen für den ersten Materialdurchgang

Subkategorie	Definition
(Nach)besprechen von Situationen	Umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind, dessen Inhalt das Verhalten des Kindes in Konfliktsituationen ist
Abfangen bevor eine Situation eskaliert / einschreiten	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, eine Eskalation oder Steigerung des Verhaltens des Kindes oder eines Konflikts mit einer anderen Person zu verhindern
Anforderungen runterschrauben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu führen, dass die durch Eltern oder Außenstehenden gestellten Anforderungen an das Kind verringert werden
Aufforderungen / Anweisungen geben	Umfasst alle Äußerungen der Eltern, die dem Kind eine klare Handlungsanweisung geben
Ausweichmöglichkeiten schaffen	Umfasst das aktive Schaffen von Räumen, Situationen und Möglichkeiten, in denen das Kind ein sonst störendes oder unangemessenes Verhalten problemlos ausleben kann
Belohnen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern oder von ihnen angebotene materielle Gegenstände, welche eine Belohnung für das Kind darstellen
Bestrafen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die für das Kind eine Strafe darstellen
Beim Kind bleiben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, räumliche Nähe zum Kind herzustellen und zu wahren, um dieses in möglichen Problemsituationen zu unterstützen
Das Kind mitreden lassen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die es dem Kind möglich machen seine eigenen Meinungen oder Vorstellungen anzubringen
Erinnern	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dazu dienen das Kind an bestimmte Aktivitäten oder Dinge zu erinnern oder es dabei unterstützen von selber dran zu denken.
Erklären	Umfasst alle Gespräche zwischen Eltern und Kind die dazu dienen dem Kind den Sinn von bestimmten Verhaltensweisen und die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu erklären
Humor	Umfasst alle Interaktionen zwischen Eltern und Kind, in denen durch Humor oder Lachen eine vorher schwierige Situation erleichtert wird
Im Voraus planen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, potenzielle Konfliktsituationen durch vorherige Planung zu vermeiden, indem Gegebenheiten der Situation auf die Problematik des Kindes zugeschnitten werden oder vorher Absprachen getroffen werden
In Ruhe lassen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die ein Abwenden vom Kind oder ein Zurückziehen aus der Interaktion mit dem Kind beinhalten

Klare Regeln	Umfasst alle Verhaltensweisen, die klare Regeln für die Familienmitglieder aufweisen
Konsequent sein	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, in denen sie konsequent bei einer vorher getätigten Aussage bleiben und gegebenenfalls in der Aussage spezifizierte Verhaltensweisen auch ausführen
Kontrollieren	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dazu dienen, das Verhalten des Kindes zu überwachen oder zu beobachten
Medikamente	Umfasst die Medikamentengabe an das Kind
Nachgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche ein Abweichen von vorher getätigten Aussagen oder Regeln beinhalten
Dem Kind Strategien beibringen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dazu dienen, dem Kind eigene Strategien im Umgang mit seinen ADHS Symptomen beizubringen
Struktur vorgeben	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern die dem Kind und dessen Verhalten explizit Struktur vorgeben
Therapie	Umfasst die Inanspruchnahme einer oder mehrerer Therapieformen
Verhalten runterbrechen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die einen komplexen Handlungsablauf in kleinere, für das Kind leichter zu verstehende oder auszuführende Teile brechen
Verständnis zeigen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, welche dem Kind signalisieren, dass die Eltern Verständnis für sein Verhalten oder seine Probleme haben
Zurechtweisen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern welche dazu dienen das Kind bei Fehlverhalten zurechtzuweisen
Vermeidung	Umfasst das Fernbleiben von Orten, Situationen oder Personen aus Gründen der Konfliktvermeidung
Abgrenzung	Umfasst alle Verhaltensweisen, die es den Eltern ermöglichen, sich von den ADHS spezifischen Verhaltensweisen des Kindes abzugrenzen bzw. zu distanzieren und somit die subjektive Beurteilung der Symptomatik und ihre negativen Auswirkungen auf das eigene Leben und das des Kindes zu verändern
Eigene Bedürfnisse beachten / erfüllen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, die eigenen Ressourcen zu stärken und eigene Bedürfnisse zu befriedigen, um somit besser mit ADHS Symptomen umgehen zu können
Eigenes Verhalten verändern	Umfasst alle bewussten Veränderungen des Verhaltens der Eltern dem Kind gegenüber
Erwartungen anpassen	Umfasst das bewusste Anpassen von Erwartungen an das Kind und dessen Verhalten auf ein Niveau, das den momentanen Möglichkeiten des Kindes eher entspricht
Hilfe suchen	Umfasst aktive Suche nach Hilfe im Umgang mit den ADHS Symptomen bei außenstehenden Personen oder Institutionen

Kompromisse machen	Umfasst das Entgegenkommen zwischen Elternteil und Kind und die Einigung auf eine Verhaltensweise, die für beide Parteien in Ordnung ist
Mit Institutionen im Austausch bleiben	Umfasst den Austausch zwischen Eltern und Institutionen, in denen das Kind betreut wird, über das Verhalten des Kindes oder den gewünschten Umgang mit dessen Verhalten
Positiv bleiben	Umfasst eine bewusst gewählte positive Einstellung der Eltern dem Kind und der Zukunft gegenüber
Ruhig bleiben	Umfasst den Entschluss, in einer Problemsituation Ruhe zu bewahren um diese zu entschärfen
Verhalten des Kindes durch eigenes Engagement ausgleichen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die dazu dienen, Versäumnisse oder Schwierigkeiten des Kindes auszugleichen bzw. wieder gut zu machen
Wissen aneignen	Umfasst alle Verhaltensweisen der Eltern, die der Aneignung von Wissen über die ADHS Diagnose und / oder den Umgang mit dieser dienen

Anhang C

Liste der Subkategorien und ihrer prototypischen Textbeispiele

Subkategorie	Prototypisches Textbeispiel
Abgrenzung	<p>„...und wir haben eigentlich inzwischen beschlossen, wir versuchen irgendwie so durch den Tag zu kommen, dass es uns halbwegs gut geht und ansonsten versuchen wir das was so an (2) äh ja Wünschen, Herausforderungen und sonst was an uns rangetragen wird, von Schule, von sonst- einfach irgendwie weitgehend abprallen zu lassen. //mhm// Ja. Und sich auch nicht mehr drum zu kümmern äh ich mein das ist natürlich ne Problematik, was dann so die Anreize für die Leistung von Hanna betrifft in der Schule aber inzwischen nehm ichs auch nicht mehr Ernst, wenn sie nach Hause kommt und wieder irgendwie ne 6 anschleift weil der, weil der Lehrer nicht verstanden hat, dass allein auf sein-, auf seiner blödsinnigen Aufgabenstellung äh die er auf Hanna auch noch meint gezielt auszurichten, von vornerein überhaupt nichts rauskommen konnte. //okay// Ja. Also ((atmet aus)) ja und des is dann halt, das ist dann halt so.“</p> <p>DL281015PG_PG 52 – 52</p>
Anforderungen & Erwartungen anpassen	<p>„...dann im dritten schuljahr komplett rausgenommen (.) ähhm, um einfach für ihn die sozialen herausforderungen einzuschrenken, weil er ja schon den ganzen vormittag in der klasse dem ausgesetzt ist ständig, das ständig jemand um ihn rum ist. zuhause ja auch, und der robin ist schon auch jemand der (.) ähm (.) wenn der sich was vorgenommen hatdann ist ihm das auch egal welche grenzen ihm aufgezeigt werden. er möchte dann seine legosache bauen und bedient sich dann bei den geschwistern. und da wollte ich einfach für den david das runterfahren und das hat auch echt viel gebracht für seine soziale entwicklung im letzten schuljahr.“</p> <p>BS240915LL_JP 29 – 29</p>
Eigene Bedürfnisse beachten / erfüllen	<p>„so, ich geh raus ich geh reite ich nehm mir meine (.)- morgens meine auszeit dass ich einfach auch entspannt bin und ähhm (.) versuch ruhig zu bleiben (.) joa. //hmm// nehm mir eben meine auszeiten um (.) (vorweg) zu kommen und wenn er dann (weiß) dass ich eben dann auch draußen bin.“</p> <p>DZ_Tele161015LL_JP 76 – 76</p>
Humor	<p>„die Umwelt ist ihr gegenüber empfunden zumindest feindlich und ma muss sie einfach auch mal unterstützen gegnüber ihrer Umwelt //mhm// und und das lachen wir eigentlich inzwischen meistens tot. Ja indem man so //@okay@ @(.)@// @(.) indem man uns dann einfach belsutigen über die Leute@ ja wie sie dann so reagieren, was sie so für kleine Probleme als so wichtig empfinden //mhm// und naja“</p> <p>DL281015PG_PG 48 - 48</p>

Kompromisse machen	<p>„mit dem an mich klammern und kuscheln hab ich dann auch gesagt "okay dann dreh dich wenigstens so um dass du @zum pfarrer guckst //@(.)@// und nicht dass der pfarrer deinen rücken sieht@ und dann können wir von mir aus auch kuscheln" ja //hmm//. um halt einfahc irgendwo nen stück weit ähm ja, das kleinste übel dann zu suchen.“</p> <p>KT200715LL_JP 86 - 86</p>
Positiv bleiben	<p>„ich gucke auch immer dass ich mir die positiven sachen (.)- also dass ich mir die in den kopf hol und auch mir sag "(das läuft ja wirklich) gut". also (.) da guck ich schon (). ähm ja. das man net immer so schnell- ähh das macht er net und jenes macht er net also. (.) ich weiß dass er- ich weiß auch seine positiven seiten (2) ja.“</p> <p>DZ_Tele161015LL_JP 168 - 168</p>
Verantwortung abgeben	<p>„und mittlerweile muss ich echt sagen ich sag einfach das ist die gesellschaft. das ist nicht das kind, das bin nicht ich, das ist die gesellschaft. we:il wir den kindern (2) keine frieheiten mehr lassen (.) dürfen, können.“</p> <p>TZ111215LL_JP 29 - 29</p> <p>„Und dann äh muss ich erstmal erklären, dass ich da keine weiteren Maßnahmen ergreifen werde, weil ich finde dass die Kinder in dem Alter das zunächst mal selber untereinander regeln müssen, solange die sich jetzt nicht irgendwie ernsthaft verletzen oder dergleichen, müssen sie das auch selber auskämpfen oder wir können uns auch gern mal zusammensetzen dann wenns wirklich schlimm ist und besprechen um was es da //mhm// geht. Und ansonsten is es auch Aufgabe der Schule dafür zu sorgen, wenns in der Schule läuft //mhm// äh dass die dafür Regelungen und Lösungen finden.“</p> <p>DL281015PG_PG 54 - 54</p>
Vermeidung / Situation verlassen	<p>B: ((lacht)) @ich muss ehrlich zugeben@ wenn ichs irgendwie vermeiden kann geh ich mit den kindern nicht einkaufen. //okay// ich nehm höchstens einen mit. also das ist so die situation, aber (.) ich glaub das wär schon seehr (.) also das ist so ne situation die versuche ich mit allen mitteln zu vermeiden.</p> <p>BS250915LL_JP 67 - 67</p> <p>„und äh wenn er dann wirklich sitze bleibt oder so dann geh-verzieh ich mich auf die terass oder wir verziehen uns auf die terass, das man wirklich (.) also der eine geht vom anderen weg //hmm// wenn das nämlich dann zusammen bleibt und da ergibt dann wirklich das eine worte das andere und das eska- das würde dann wirklich eskalieren. aber wie gesagt, aus frühere situationen haben wir halt gelernt (.) de ort einfach zu verlasse.“</p> <p>AWE_Tele051115LL_JP 18 – 18</p>

Verständnis zeigen	<p>„und guck dann einfach mal nach 5 bis 10 Minuten obs ihm gut geht, ähm und nach ner viertel Stunde dann etwa, 10 Minuten, Viertel Stunde krabbel ich dann mal mit in sein Bett und tu ihm einfach nochmal kurz zeigen, dass ich da bin, dass eigentlich alles gut ist. Und manchmal sag ich ihm auch dass es okay ist, wenn er jetzt einfach noch ein bisschen im Bett bleibt und weint oder ein bisschen schläft.“</p> <p>AS090715LL_PG 77 - 77</p>
Wissen aneignen	<p>V: also vor allen dingen fand ich so diese wissenschaftliche sachen die man dann auch mitbekommen hatte wo man dann auch mal zitieren konnte und sagen ja so dazu gibts net nur einen fall sondern das ist schon tatsächlich erforscht und man kann dann auch mal nen bild vorlegen oder irgendwas wenn man nen paar sachen hat. das hab ich bei mir auch (.) im ebruflichen teil gemerkt wenn dann (.) kollegen in der schule solche sachen dann geäußert haben //hmm// wo man auch sagen konnte "ja das ist aber quatsch" //hmm// und man kann dann auch wirklich gleich was dazu hinterlegen, das heißt so diskussionen die man hatte (.) ähnm die liefen dann in ne ganz andere richtung weil man steuern konnte weil man ne ahnung hatte //ja// ((räuspern)) und dadurch halt einfach () ((gläder klirren)) die ähnm das gewicht dessen was man gesagt hatte dann auch tatsächlich für- für das kind gesprochen hat //hmm//. also information würde ich sagen ist eigentlich mit das wesentlichste was man haben muss //ja//. um sein umfeld dafür zu sensibilisieren.</p> <p>DM031215JP_JP 72 - 72</p>
Ausweichmöglichkeiten schaffen	<p>„Das einzige Problem ist, dass sie immer den Einkaufswagen schieben will und sie [Befragter macht Bewegungen nach, wie Hanna den Einkaufswagen schiebt und gegen Sachen stößt] //@(.)@// typischerweise find ich ihn nicht dort, wo ich irgendwas reinladen will. //@(.)@ okay// Und äh das, das ist bissel, das ist bissel schwierig aber ansonsten läuft das eigentlich ganz gut. //schön.mhm// Und im Notfall nehmen wir halt 2 Wagen.“</p> <p>DL281015PG_PG 88 - 88</p>
Hilfe suchen	<p>„das versteh ich jetzt nicht, www warum er das jetzt nicht versteht und da hab ich angefangen Hilfe zu suchen. es gab ee em er war im studentischen kindergarten, also vom studentenwerk //hmm// und äh dort war am schwarzen brett immer so ein poster von der psychologischen beratung vom studentenwerk und das war die erste anlaufstelle für mich, da hab ich mir den ersten rat geholt. ähm die haben mich dann verwiesen an äh, die awo, ähm, der und ähm bei der awo hab ich auch die erste beratung in anspruch genommen und die haben da, äh, die kannten auch das kind nicht und die haben da zum beispiel auch gesagt, weil marius auch sehr schüchter ist, gesagt er soll den till-tiger-kurs machen. //hmm// so für mutiger werden und selbstständiger. ja und ähm nach diesem kurs war eeh, hat</p>

	<p>die beraterin gesagt auch also am besten nochmal zur psychologin gehen.“</p> <p>NM021015LL_LL 64 - 64</p>
Im Voraus planen	<p>„Ich versuch die Badsituation zu entzerren, sodass immer nur ein Kind im Bad ist //mhm//. Weil da gabs ne Zeit lang sehr viel Streit und das war einfach ein Punkt, der nicht gut funktioniert hat. Deswegen entzerren wir des so, dass immer ein Kind sich anzieht und ein Kind im Bad ist, sodass so bisschen logistisch zeitmäßig gut geplant ist.“</p> <p>AS090715LL_PG 11 - 11</p>
Mit Institutionen im Austausch bleiben	<p>„Sozial war grad die 1. Klasse sehr sehr anstrengend, also er hat wirklich andere Kinder oder immer speziell 1 Kind wirklich auch geschlagen, bedroht ähm (2) belogen zum Teil auch. //mhm// Ähh genau. Und da standen wir halt viel im Kontakt mit der Lehrerin.“</p> <p>AS090715LL_PG 59 - 59</p>
Unterstützen	<p>„mach mit ihm was, versuch ihn zu fördern. versuch ihm zu helfen wo es geht“</p> <p>DZ_Tele161015LL_JP 76 - 76</p>
Verhalten des Kindes durch eigenes Engagement ausgleichen	<p>„man weiß aber auch im grunde genommen das es oftmals eben nicht machbar ist dass lars dran denkt //hmm// und die schule ist da eben auch sehr unkooperativ, die haben sich also jetzt ähm in den kopf gesetzt kindern müssen in der gestalt erzogen werden, dass wenn sie was vergessen haben sie es nicht mehr ausm klassenzimmer bekommen, ja //hmm//. das heißt die klassenzimmer werden auch nicht mehr aufgeschlossen //hmm// das heißt also ich hab nachmittage damit verbracht irgendwelche hausaufgaben zusammen zu sachen, irgendwelche telefonketten zu organisieren irgendwelche sachen einzuscannen, wo man dann am nächsten tag dem lars wieder sagen musste "so du musst aber dran denken dass du das originalheft mitbringst dass wies noch nacharbeiten können". //okay// und das ist halt wirklich extrem mühsam. und dann (.) fällt's einem manchmal wirklich auch schwer //ja// @ruhig zu bleiben@“</p> <p>KT200715LL_JP 64 - 64</p>
(Erstmal) nicht eingreifen	<p>„find das eigentlich auch wichtig dass die das unter sich regeln. hab mich nur dann eingemischt wenns eben jetzt irgendwie äh extrem wurde. ähmm a- aber ansonsten hab ich eigentlich immer gewartet dass die es alleine hinkriegen und in der regel haben sies auch geschafft.“</p> <p>HI100715LL_JP 98 - 98</p>
Anreize bieten	<p>„da freuen sich die kinder und das funktioniert dann auch zuhause gut, sich schnell anziehen und kinderzimmer davor aufräumen, da weiß ich, dass ich die jetzt so ein bisschen ausnutzen kann und sag: "ja und ihr räumt jetzt mal das zimmer</p>

	auf ne bevor wir da jetzt zu oma zum geburtstag gehen!" NM021015LL_LL 87 - 87
Aufforderungen / Anweisungen geben	„da sind wir komplett unterschiedlicher meinung wann aufgeräumt ist. //hmm// er sagt das ist doch schon alles in ordnung (2) ich finde das es nicht in ordnung ist wenn da noch so viele inzelt und kleinteile rumliegen //hmm// (2) das führt dann halt immer zu ner diskussion, da muss ich dann immer (2) bisschen autoritärer werden, muss einfach sagen "machen" AR250915LL_JP 72 - 72
Beim Kind bleiben	„die sind schon am ab- meistens am abends äh schon ausgesucht, und bin ich dabei wenn er sich anzieht weil wenn ich nicht dabei bin das natürlich läuft er mit einem söckchen halbe stunde @fünfzehn minuten@ und dann ähh, das, äh diese nervosität oder ähh d- die situation die uns beide aufgereggt will ich einfach (.) minimal reduzieren //hmm// ja“ AS170915LL_JP 10 – 10
Belohnen	„und tu ihn halt meistens dann belohnen wenn sowas ist, ob wir ins kino gehen oder so ne. oder das wir nen eis holen gehen da in XY gibts so ein eisdiel, und da sag ich halt zu ihm "hopp auf wir gehen jetzt da noch in XY nach der verhaltenstherapie kannst dir noch en eis holen" oder so gehen wir noch zusammen so eis essen oder //hmm// so in derer hinsicht. Joa“ AWE_Tele051115LL_JP 14-14
Bestrafen, Zurechtweisen & Drohen	B: „also sag ich mal wenn er zerstörerisch wird dass er mir irgendwie was kaputt macht oder so, dann bin ich auch wütend. also dann schick ich ihn auch gleich raus, ne, also das:: ähm, also da zahlt er auch damit wenn, wenn er mal jetzt irgendwie was weiß denn ich äh, mit absicht was kaputt macht dann geh ich auch an sein taschengeld (.) das weiß er aber auch. ähhhm,. aber wie gesagt, wenn ich merk dass das von null auf hundert ist und dann verlass ich die situation //hmmmm// weil: wenn ich hierbleiben würde und würd kontra geben oder ihn genauso anschreien oder, ich mein gut, also nicht gleich, ich tu dann schonmal auch zurück schreien, also es ist nicht so dass ich jetzt da (.) gleich die flucht ergreife oder so, ich kann dann auch mal zurück schreien oder so, ne. aaber äh es bringt einfach nichts. ich schrei vielleicht mal zurück, aber wie gesgat ich verlass die situation und so schnell er sich beruhigt hat komm ich dann auch wieder runter.“ AWE_Tele051115LL_JP 50 - 50
Dem Kind Strategien beibringen	„also beim david haben wir la:nge, jahrelang trainiert dass er wirklich die situation verlässt. also das wir beide (.) abstand nehmen auch voneinander (.) ähm wenn er so extrem ausrastet und es klappt dann auch meistens dass er sich beruhigt in seinem zimme auch für sich, das er einfach den abstand hat dass er

runterfährt.“
BS240915LL_JP 63 - 63

Eigenes Verhalten
verändern

V: „[man muss- ja. mann muss halt selbst offen sein //hmm//. das ist das entscheidende. und sich selber auch dann immer wieder hinterfragen bei manchen dingen die man tut also (.) ich hab früher mehr blödsinn mit den großen kindern gemacht. das lass ich mittlerweile auch sein weils einfach nur zu- (.) für alle wird der stresslevel höher //hmm//. ne der blödsinn der fällt ()“

M: [es eskaliert halt schneller

V: „ [es eskaliert schneller also. (2) die kurze freude ist es nicht wert den stress danach zu haben. das heißt wenn man die sachen gegeneinander aufwiegt und sein eigenes verhalten dann auch wieder entsprechend dem anpasst und so sagt was soll denn am ende rauskommen? //hmm// ne gute oder ne schlechte stimmung //hmm//. gut (.) wenn dann am schluss das schlechte raus kommt dann is- wars was falsches (2). wie gesgat dazu muss man offen sein seine sachen zu machen. das ist mir am anfang auch sehr schwer gefallen //ja// (.) aber es ist halt ne (.) andere umgangsform die man auch le- selber lernen muss und akzeptieren muss das es so ist //hmm//.“
DM031215JP_JP 86 - 88

Einschreiten

„Doch, ich schreite ein //hmm// ja weil, eeh, ees hört nicht von alleine auf, da also die steigern sich da rein, der marius ist wütend, er lässt seine wut an, eeh an mir oder auch an dem mittleren bruder aus. der will natürlich zurückschlagen, der marius wird noch wütender, schlägt auch nochmal zurück, also da muss man sofort einschreiten.“
NM021015LL_LL 44 - 44

Erinnern / Wiederholen

„also ich konnte wieder fünf mal sagen was sache ist und dann hat mein mann auch nochmal mit ihnen gesprochen mit den kindern, dass das eben wichtig ist dass sie morgens nicht spielen weil das nicht funktioniert und seitdem ist es deutlich besser geworden“
BS240915LL_JP 5 – 5
„Ähm, wie zum Beispiel der Markus hat an seinem Schulranzen, also jetzt nicht mehr aber er hatte so en rosa oder es war ein bourdeauxfarbenes Bündel oben dran an seinem Henkel und dann wusste er halt einfach weil er den Ranzen genommen hat nachmittags ah Bündel Jacke mitnehmen. //mhmm// Also diese Verknüpfung, weil er halt seine Jacke immer liegen lassen @hat@.“
AS090715LL_PG 57 – 57

Ignorieren

„und dann halt weiter und weiter dann versuch ich auch ihn mal ne weile zu ignoriere (.) ich lass ihn dann auflaufe aber er ist halt

	<p>hartnäckig.“ DZ_Tele161015LL_JP 128 - 128</p>
In Ruhe lassen	<p>„Ich lass ihn dann meistens erstmal in Ruhe. Weil, also (2) wir haben einfach gemerkt, dass es nichts bringt. Auch nichts bringt, mit ihm dann in dem Moment zu diskutieren oder zu verhandeln oder halt wirklich en Deal zu machen. Weil er in dem Moment nichts aufnehmen kann. (unzugänglich?) Also, meistens lassen wir ihn in Ruhe, oder ich lass ihn in Ruhe.“ AS090715LL_PG 77 - 77</p>
Klare Regeln / Grenzen, Absprachen & Strukturen / Konsequenz	<p>„Und wenn die Kinder mit einkaufen gehen, dann ist es meistens am Wochenende aber dann ist dann auch klar, okay 1 Produkt dürft ihr mit entscheiden, ähm was ihr gerne möchtet. Aber dann, wenn halt auch noch 5 andere gerne gewünscht werden, dann sag ich halt so, okay 1. //mhm// Und dann muss man sich halt entscheiden. //mhm// Punkt. Aus.“ AS090715LL_PG 89 – 89</p>
Kontrollieren / Beobachten	<p>„geändert hat sich eigentlich in dem sinn dass duu ähmm ja hellhöriger geworden bist, gegenüber ähmm (.) wenn er jetzt irgendwie draußen mit dem Florian spielt oder ähh da war ich halt ziemlich ähm dass ich halt hintendran bin und guck, und guck mit das ganz- das verhalte halt vom manuel an. da hab ich diese beobachtungsgabe, hab halt mehr, war halt mehr hinten dran gestanden.“ AWE_Tele051115LL_JP 32 - 32</p>
Medikamente	<p>„Und so sind wir dazu gekommen, dass wir dann halt die feste Diagnose hatten und er jetzt auch medikamentös behandelt wird.“ AS090715LL_PG 59 – 59</p>
Miteinander reden	<p>„dass man vorher sagt "wenn ich sag du kommst (.) und wir gehen dann kommst du und wir gehen, sonst kann ich euch beim nächsten mal nicht wieder mitnehmen" BS240915LL_JP 17 – 17</p> <p>„jaa, und da habe- hat er da hab ich mit ihm auch gesprochen, da hat er (2) zwei wochen pause gehabt, und da hat er die zeit gehabt zu überlegen ob er will oder nicht //hmm//. aber das war kein drohungen, das war einfach "du musst dir überlegen halt, wenn du willst dann musst du zusammenarbeiten, wenn du willst nicht ist es auch okay". jede entscheidung ist gut.“ AS170915LL_JP 126 – 126</p>
Motivieren	<p>„Manchmal ist es sehr langwierig, er braucht dann sehr viel Motivation und Anregung und oft auch dabei sitzenbleiben.“ AS090715LL_PG 103 - 103</p>

Nachgeben	<p>„ja und äh wie gesagt, also das da, (.) ist eigentlich, der konflikt hat sich nur verlagert, ne //hmm// aus dem kinderzimmer dann nach in den flur, ja und äh, also das funktioniert dann nicht, nach 5 minuten geb ich auf. sag, ja, de, - weil er dann schreit und weil wie gesagt, dann dann gucken dann schon die nachbarn //hmm// aus dem anderen nachbarnhäusern, ja was da alles abläuft.“</p> <p>NM021015LL_LL 44 - 44</p>
Ruhig bleiben	<p>„aber ich muss mich zurückhalte weil wenn ich noch auf das spiel mit eingehe dass ich dann selber noch auch noch zornig wär, ähnm das hab ich jetzt mittlerweile gelernt ruhig zu bleiben.“</p> <p>AWE_Tele051115LL_JP 18 - 18</p>
Therapie	<p>„haben wir halt da versucht nen therapieplatz zu bekomme, wurde genehmigt (2) und dann hat er da (.) wie lange wars, 60 war ne jahr oder so äh, oder 48 sch- sitzungen glaub ich, () //hmm// die er dann (.) einzeltherapie gemacht hat. und dann kam halt dieses angebot mit dem SOMMERCAMP //hmm//, das war nach der einzeltherapie //hmm// (3) da hab, war ja auch elternlehrgang dann also nen kurzlehrgang //hmm// dabei, wo die eltern lernen was sie nen bissche mache könne.“</p> <p>AR250915LL_JP 115 - 115</p>
Sonstiges	

Anhang D



Dr. Wolfgang Rauch

Nachwuchsgruppe

Entwicklung von Selbstregulation

Lena Löffler, M.A. Erziehungswissenschaft

Telefon: +49 6221 54-7121

lena.loeffler@psychologie.uni-heidelberg.de

Liebe Eltern,

ich bin Doktorandin am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, im Rahmen meiner Promotion möchte ich Eltern von Kindern mit ADHS zur ihrem Familienalltag befragen.

Dazu lade ich Sie ein, zu uns zu kommen und in ungezwungener Atmosphäre ein paar Fragen zu beantworten. Das Interview wird ca. eine Stunde dauern. Ich werde Ihnen ein paar offene Fragen stellen und Sie bitten von Ihrem Familienalltag zu erzählen. Dabei interessiert mich Ihre Sicht als Eltern. Selbstverständlich müssen Sie keine Fragen beantworten, die Sie nicht beantworten möchten.

Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Äußerungen die Rückschlüsse auf Ihre Person oder Familie möglich machen, werden anonymisiert. Ich als Interviewer unterliege der Schweigepflicht.

Die ausführlichen Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie anbei.

Die Studie ist losgelöst vom Sommertherapiecamp und vom Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP), Ihnen und Ihren Kindern können keine Nachteile aus der Teilnahme entstehen.

Herzliche Grüße,

Lena Löffler

(M.A. Erziehungswissenschaft)

Informationsblatt zum Datenschutz

Wir informieren Sie über das Forschungsprojekt, für das wir Sie gerne interviewen möchten, und über unser Vorgehen. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass wir das Interview speichern und auswerten.

Die verantwortliche Leitung des Projektes liegt bei PD Dr. Wolfgang Rauch und Lena Löffler.

In dem Forschungsprojekt sollen Eltern von Kindern mit ADHS zu Ihrem Alltags- und Familienleben und Ihrer subjektiven Wahrnehmung befragt werden.

Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir nehmen das Gespräch auf Band auf. Das Band wird abgetippt und anschließend entweder gelöscht oder Sie können das Band bekommen. Auch die Abschrift können Sie bekommen.
- Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts-, Straßennamen. Alle Altersangaben werden um ein bis zwei Jahre nach unten oder oben verändert. Berufe werden durch andere vergleichbare Berufe ersetzt.
- Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unserem Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der

Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift wird von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In Veröffentlichungen gehen möglicherweise einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.
- Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden. Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben, und hoffen, unsere wissenschaftliche Arbeit dient dazu mehr über den Alltag der Familien mit Kindern mit ADHS zu erfahren.

Anhang E



Universität Heidelberg, Hauptstraße 47-51, 69117 Heidelberg

Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, „freien“ Interviews mit einem Handzettel informiert worden (u.a.: die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung bei der Abschrift, Löschung des Bandes bzw. Aushändigung, Löschung von Namen und Telefonnummer, Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Unterschrift (Ort), den

Einwilligung zur Datennutzung

Name, Vorname (Eltern): _____

Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die Daten die im Rahmen des Sommer-Therapie-Camps 2014 erhoben wurden (Fragebogen und Aufgaben des Kindes zur Konzentration und Aufmerksamkeit), zur Unterstützung der Interview-Daten genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift



Universität Heidelberg, Hauptstraße 47-51, 69117 Heidelberg

Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, „freien“ Interviews mit einem Handzettel informiert worden (u.a.: die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung bei der Abschrift, Löschung des Bandes bzw. Aushändigung, Löschung von Namen und Telefonnummer, Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Unterschrift (Ort), den

Einwilligung zur Datennutzung

Name, Vorname (Eltern): _____

Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die Daten die im Rahmen des Sommer-Therapie-Camps 2015 erhoben werden (Fragebogen und Aufgaben des Kindes zur Konzentration und Aufmerksamkeit), zur Unterstützung der Interview-Daten genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang F



Universität Heidelberg, Hauptstraße 47-51, 69117 Heidelberg

Niederschrift über die förmliche Verpflichtung auf das Datengeheimnis

Herr/Frau _____, geboren am _____
wurde heute auf die Wahrung des Datengeheimnisse nach §5 des
Bundesdatenschutzgesetzes¹ vom 20.12.1990 (BGBl. I S. 2954), zuletzt
geändert durch Gesetz vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322) verpflichtet.
Sie/er wurde darauf hingewiesen, dass es untersagt ist, geschützte
personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen
rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten, bekannt zu
geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen, und dass diese Pflichten
auch nach Beendigung der Tätigkeit fortbestehen. Dies gilt ohne Rücksicht
darauf, ob die personenbezogenen Daten in automatisierten oder nicht
automatisierten (manuellen) Verfahren verarbeitet wurden. Sie/er wurde
darüber belehrt, dass Verstöße gegen das Datengeheimnis nach §41 BDSG –
evtl. Nennung von Landesgesetzen – sowie anderen einschlägigen
Rechtsvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können;
dienst- oder arbeitsrechtliche Konsequenzen werden dadurch nicht aus-
geschlossen.
Eine Verletzung des Datengeheimnisses wird in den meisten Fällen gleichzeitig
eine Verletzung der dienst- oder arbeitsrechtlichen Pflicht zur Verschwiegenheit
darstellen; in ihr kann zugleich eine Verletzung spezieller
Geheimhaltungspflichten liegen (z.B. §203 StGB). Sie/er erklärt, über die
Pflichten nach §5 BDSG sowie die Folgen ihrer Verletzung unterrichtet zu sein,
genehmigt und unterzeichnet dieses Protokoll nach Verlesung und bestätigt den
Empfang einer Ausfertigung.

Datum, Unterschrift der/des Verpflichteten und Bestätigung durch den/die
Verpflichtende/n, dass die Unterschrift in seiner/ihrer Gegenwart geleistet
wurde.

.....

.....

.....

Anhang G

Tabellarischer Leitfaden – Forschungsfragen: 1. Wie erleben Eltern von Kindern mit ADHS ihren Alltag?

2. Wie gehen Eltern mit der Impulsivität /dem impulsiven Verhalten ihrer Kinder um?

„Bündel“	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check (Wurde das erwähnt? Memo für mögliche nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen	Konkrete Fragen (bitte an passender Stelle, auch am Ende möglich, in dieser Formulierung stellen)	
Eingangsfrage: Alltagserleben	Mich interessiert, wie Sie den Alltag mit Ihrem Kind erleben und ich würde Sie bitten mir zu erzählen, wie Sie zum Beispiel die letzte Woche erlebt haben. Sie können alles erzählen, was Ihnen einfällt. Ich werde Sie nicht unterbrechen – erst, wenn Sie fertig sind, werde ich Ihnen Nachfragen stellen.	<ul style="list-style-type: none"> • Ablauf Wochentag • Ablauf Wochenendtag • „schwierige“ Situationen im Alltag • Unterschied Wochenende/Wochentag • Umgang mit ADHS • Erleben von ADHS • Struktur des Tagesablaufs Wochentag • Struktur des Tagesablaufs Wochenende 	<ul style="list-style-type: none"> • Mich interessiert auch noch genauer der Tagesablauf/Tagesstruktur an einem Wochentag, können Sie da nochmal ein Beispiel erzählen? Beginnen Sie morgens. • Mich interessiert noch genauer der Tagesablauf/Tagesstruktur an einem Wochenendtag, können Sie da nochmal ein Beispiel erzählen? Beginnen Sie morgens. 	

Tabellarischer Leitfaden – Forschungsfragen: 1. Wie erleben Eltern von Kindern mit ADHS ihren Alltag?

2. Wie gehen Eltern mit der Impulsivität /dem impulsiven Verhalten ihrer Kinder um?

(Umgang) Erleben von schönen und schwierigen Situationen	Welche Situation erleben Sie als besonders gut/schön/angenehm/reibungslos mit Ihrem Kind?	<ul style="list-style-type: none"> • Schöne Situation • Auslöser • Verhalten Kind • Reaktion Mutter • Verlauf der Situation • Bedingungsfaktoren (andere Personen, Umwelt, Gesellschaft,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ich möchte nochmal zur schönen Situation zurückkehren, wie genau war das für Sie? • Was hat ihr Kind dann getan? • Was haben Sie dann gemacht? • Und was ist dann geschehen? • (Wie war die Konsequenz?) • Was haben Sie dabei gedacht? • Wie haben Sie sich gefühlt? 	
	Sie haben ja schon viel berichtet von ihrem Kind! Erinnern Sie sich an eine Situation mit Ihrem Kind, die Sie als schwierig erlebt/wahrgenommen/empfunden haben? Können Sie mir davon bitte erzählen?	<ul style="list-style-type: none"> • schwierige Situation • Auslöser • Verhalten Kind • Reaktion Mutter • Verlauf der Situation • Bedingungsfaktoren (andere Personen, Umwelt, Gesellschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleiben wir nochmal bei der schwierigen Situation, was genau ist vorher passiert? • Was hat ihr Kind dann getan? • Was haben Sie dann gemacht? • Und was ist dann geschehen? • (Was war die Konsequenz?) • Und wie ging es dann weiter? • Was haben Sie dabei gedacht? • Wie haben Sie sich gefühlt? 	

2. Wie gehen Eltern mit der Impulsivität /dem impulsiven Verhalten ihrer Kinder um?

Erleben Umgang mit der Diagnose/(Er)Leben mit der Diagnose	<p>Jetzt würde ich gern noch einmal in die Vergangenheit eintauchen. Wie kamen Sie eigentlich darauf, dass Ihr Kind ADHS haben könnte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entstehungskontext, was hat zur Annahme geführt? • Weitere Faktoren (andere Personen, Umwelt, Gesellschaft,...) • Verhalten des Kindes, was zur Vermutung geführt hat • Impulsives Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Was genau war der Auslöser? • Ist Impulsivität dabei ein Thema? • Reaktionen des Umfelds (Freunde, Schule...) • Wann wurde die Diagnose gestellt? (nur Randinformation) • Von wem? (nur Randinformation) 	
	<p>Hat sich für Sie geändert seitdem Ihr Kind die Diagnose ADHS hat?</p> <p>Wenn ja, in welcher Hinsicht? Wenn nein, ach echt, warum denn das nicht?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben als Elternteil mit „gestörtem“ Kind <ul style="list-style-type: none"> • Persönlich • Familie • Umfeld/Freunde • Gesellschaftlich • Stigmata 	<ul style="list-style-type: none"> • Was bedeutet es für sie? Was hat es in Ihrem Erleben verändert? • Wie geht es Ihnen dabei? • Wie hat ihre Familie reagiert? • Wie ihre Freunde? • Und wie reagieren andere Menschen auf diese Diagnose? • 	
	<p>Ich gebe Ihnen jetzt mal ein Stichwort: Impulsivität! Was können Sie mir denn zur Impulsivität Ihres Kindes erzählen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Verhaltens auf Impulsivität • Was verstehen Eltern unter Impulsivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Aber gehen wir nochmal zurück zur Frage, wenn Sie sich nochmal einen Moment Zeit nehmen zum überlegen. Impulsivität bedeutet vorschnelles Handeln ohne zu überlegen („macht einfach los, ohne Überlegen“) Was genau macht die Impulsivität Ihres Kindes in ihrem Leben aus? • Wo tritt sie auf? • Was ergeben sich für Situationen daraus? • Was machen sie in diesen Situationen? • Was denken Sie dabei? 	

Tabellarischer Leitfaden – Forschungsfragen: 1. Wie erleben Eltern von Kindern mit ADHS ihren Alltag?

2. Wie gehen Eltern mit der Impulsivität /dem impulsiven Verhalten ihrer Kinder um?

Potenzielle schwierige Situationen	Ich lese Ihnen gleich einige kurze Situationen aus dem Alltag von Familien vor. Mich würde interessieren, ob und wenn ja wie Sie diese Situationen bzw. ähnliche Situationen in Ihrer Familie erleben.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie sich vor, Sie sind mit ihrem Kind einkaufen. Sie kommen gerade von einem Termin, der schon etwas länger gedauert hat, als gedacht, deswegen haben Sie ihr Kind auch etwas später erst an der Schule abholen können und es musste auf Sie warten. Jetzt müssen Sie aber noch schnell in den Supermarkt und ein paar Lebensmittel für das Abendessen und die nächsten Tage kaufen. Wie könnte dieser Einkauf ablaufen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Schilderung der Reaktion • Wie waren die Reaktionen der Personen, die an der Situation beteiligt waren?
	<ul style="list-style-type: none"> • Ihre Mutter hat Geburtstag und lädt Sie und Ihre Familie zu Kaffee und Kuchen ein. Auch Ihre Geschwister mit ihren Kindern werden kommen. Wie läuft dieser Tag ab? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sie sind mit Ihrem Kind auf dem Spielplatz. Sie haben heute schon einiges organisiert um den Nachmittag freizuschaffen, um Zeit zu haben mit Ihrem Kind auf den Spielplatz gehen zu können. Auf dem Spielplatz angekommen, sitzen Sie jetzt mit ein paar anderen Müttern auf einer Bank neben dem Spielplatz und unterhalten sich angeregt. Die Kinder spielen auf dem Spielplatz. Was geschieht als nächstes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie war das Erleben? • Wird impulsives Verhalten berichtet?
	<ul style="list-style-type: none"> • Weil Ihr Kind sehr lebhaft ist, haben Sie beschlossen es in einer Vereins-Sportgruppe (z.B. Fußballverein) anzumelden, sie wollen damit seine Bewegungsfreude fördern. Wie sind die Rückmeldungen des Trainers, wenn Sie Ihr Kind abholen? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Erzählen Sie mir davon, wie Ihr Kind Hausaufgaben macht. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Exploratives Vorgehen

Gibt es jetzt noch etwas, was Sie sagen wollen, etwas, was Sie noch im Kopf haben, was Sie noch erzählen wollen?

Anhang H

Postskriptum:

Subjektiver Eindruck, eigene Gedanken:

Anmerkungen zur Interviewsituation:

Verlauf des Interviews:

Schwerpunktsetzungen des Befragten:

Nonverbale Aspekte:

Interpretationsideen:

Störfaktoren:

Anhang I

Richtlinien der Transkription in Anlehnung an Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010)

(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert. Ab 4 Sekunden Pause erfolgt die Notation in einer Extrazeile. Auf diese Weise wird beim Lesen des Transkripts das Schweigen allen an der Interaktion Beteiligten zugeordnet (der Interviewer und den Interviewten gleichermaßen oder etwa der ganzen Gesprächsgruppe)
<u>Nein</u>	Betont
Nein	Laut in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin
°nee°	Sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
.	Stark sinkende Intonation
?	Stark steigende Intonation
Viellei-	Abbruch eines Wortes
Oh=nee	Wortverschleifung; zwei oder mehrere Worte, die wie eines gesprochen werden.
Nei::n	Dehnung; die Häufigkeit von : entspricht der Länge der Dehnungen
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	Unverständliche Äußerung, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt)) ((hustet))	Kommentare bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht –verbalen oder gesprächsexternen Ergebnissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z. B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung.
@nein@	Lachend gesprochen
@(.)@	Kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sek. Lachen
//mhm//	Hörsignale; mhm der Interviewerin werden ohne Häkchen im Text des Interviewten notiert.
[Überlappung von Redebeiträgen bzw. direkter Redeanschluss, wird hervorgehoben, indem genau an der Stelle weitergeschrieben wird
[Interviewpartner scheint sehr aufgewühlt]	Anmerkung der Transkribierenden

Groß- und Kleinschreibung:

Beim Transkribieren wird alles klein geschrieben.

Sprache:

Dialekte und grammatikalische Fehler werden beim Transkribieren übernommen.

Struktur:

Bei Sprecherwechsel beginnt ein neuer Absatz.

Beiträge des Interviewers werden mit „I:“ eingeführt, die des Befragten mit „B:“.

Anonymisieren:

- Alle im Interview vorkommenden Namen werden abgeändert in einen anderen Namen
- Ortsangaben werden anonymisieren (X-Stadt, X-Stadtteil)
- Einrichtungsnamen werden geändert (X-Einrichtung)
- GROSS schreiben, wenn etwas nicht anonymisiert wurde

Anhang J

Intercoder-Übereinstimmung pro Interview vor und nach der Bereinigung von Unstimmigkeiten

AR250915LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	14	28	42	33,33
Sport	8	0	8	100,00
Impulsivität	6	20	26	23,08
Struktur	16	23	39	41,03
Diagnose	4	2	6	66,67
	48	73	121	39,67

AR280915LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	52	0	52	100,00
Sport	8	0	8	100,00
Impulsivität	34	0	34	100,00
Struktur	38	0	38	100,00
Diagnose	8	0	8	100,00
	140	0	140	100,00

AS090715LL_PG vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	8	45	53	15,09
Sport	2	0	2	100,00
Impulsivität	12	25	37	32,43
Struktur	10	25	35	28,57
Diagnose	4	11	15	26,67
	36	106	142	25,35

AS090715LL_PG nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	78	0	78	100,00
Sport	2	0	2	100,00
Impulsivität	38	0	38	100,00
Struktur	34	0	34	100,00
Diagnose	18	0	18	100,00
	170	0	170	100,00

AS170915LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	4	37	41	9,76
Sport	4	2	6	66,67
Impulsivität	6	28	34	17,65
Struktur	10	14	24	41,67
Diagnose	4	6	10	40,00
	28	87	115	24,35

AS170915LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	56	0	56	100,00
Sport	6	0	6	100,00
Impulsivität	40	0	40	100,00
Struktur	26	0	26	100,00
Diagnose	10	0	10	100,00
	138	0	138	100,00

AWE_Tele051115LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	8	48	56	14,29
Sport	4	6	10	40,00
Impulsivität	10	22	32	31,25
Struktur	2	14	16	12,50
Diagnose	4	3	7	57,14
	28	93	121	23,14

AWE_Tele051115LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	80	0	80	100,00
Sport	12	0	12	100,00
Impulsivität	44	0	44	100,00
Struktur	22	0	22	100,00
Diagnose	8	0	8	100,00
	166	0	166	100,00

BS240915LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	2	41	43	4,65
Sport	0	9	9	0,00
Impulsivität	10	34	44	22,73
Struktur	4	22	26	15,38
Diagnose	2	7	9	22,22
	18	113	131	13,74

BS240915LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	66	0	66	100,00
Sport	6	0	6	100,00
Impulsivität	56	0	56	100,00
Struktur	26	0	26	100,00
Diagnose	12	0	12	100,00
	166	0	166	100,00

DD240915LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	0	9	9	0,00
Sport	4	4	8	50,00
Impulsivität	4	20	24	16,67
Struktur	8	9	17	47,06
Diagnose	2	1	3	66,67
	18	43	61	29,51

DD240915LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	12	0	12	100,00
Sport	10	0	10	100,00
Impulsivität	32	0	32	100,00
Struktur	18	0	18	100,00
Diagnose	4	0	4	100,00
	76	0	76	100,00

DH011015LL_PG vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	8	30	38	21,05
Sport	6	1	7	85,71
Impulsivität	6	28	34	17,65
Struktur	8	17	25	32,00
Diagnose	0	3	3	0,00
	28	79	107	26,17

DH011015LL_PG nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	50	0	50	100,00
Sport	8	0	8	100,00
Impulsivität	36	0	36	100,00
Struktur	20	0	20	100,00
Diagnose	4	0	4	100,00
	118	0	118	100,00

DL281015PG_PG vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	6	56	62	9,68
Sport	4	3	7	57,14
Impulsivität	6	37	43	13,95
Struktur	18	16	34	52,94
Diagnose	4	7	11	36,36
	38	119	157	24,20

DL281015PG_PG nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	82	0	82	100,00
Sport	8	0	8	100,00
Impulsivität	50	0	50	100,00
Struktur	38	0	38	100,00
Diagnose	10	0	10	100,00
	188	0	188	100,00

DM031215JP_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	8	27	35	22,86
Sport	0	5	5	0,00
Impulsivität	4	35	39	10,26
Struktur	4	9	13	30,77
Diagnose	0	3	3	0,00
	16	79	95	16,84

DM031215JP_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	66	0	66	100,00
Sport	6	0	6	100,00
Impulsivität	54	0	54	100,00
Struktur	12	0	12	100,00
Diagnose	2	0	2	100,00
	140	0	140	100,00

EM060715LL_LL vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	2	36	38	5,26
Sport	8	5	13	61,54
Impulsivität	0	22	22	0,00
Struktur	8	10	18	44,44
Diagnose	2	2	4	50,00
	20	75	95	21,05

EM060715LL_LL nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	64	0	64	100,00
Sport	14	0	14	100,00
Impulsivität	28	0	28	100,00
Struktur	16	0	16	100,00
Diagnose	6	0	6	100,00
	128	0	128	100,00

HI100715LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	0	26	26	0,00
Sport	0	9	9	0,00
Impulsivität	2	21	23	8,70
Struktur	0	19	19	0,00
Diagnose	2	5	7	28,57
	4	80	84	4,76

HI100715LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	56	0	56	100,00
Sport	8	0	8	100,00
Impulsivität	34	0	34	100,00
Struktur	14	0	14	100,00
Diagnose	8	0	8	100,00
	120	0	120	100,00

KT200715LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	4	40	44	9,09
Sport	6	3	9	66,67
Impulsivität	0	43	43	0,00
Struktur	8	16	24	33,33
Diagnose	2	6	8	25,00
	20	108	128	15,62

KT200715LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	84	0	84	100,00
Sport	12	0	12	100,00
Impulsivität	54	0	54	100,00
Struktur	22	0	22	100,00
Diagnose	8	0	8	100,00
	180	0	180	100,00

NM021015LL vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	10	53	63	15,87
Sport	0	5	5	0,00
Impulsivität	2	45	47	4,26
Struktur	10	15	25	40,00
Diagnose	6	3	9	66,67
	28	121	149	18,79

NM021015LL nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	92	0	92	100,00
Sport	2	0	2	100,00
Impulsivität	62	0	62	100,00
Struktur	22	0	22	100,00
Diagnose	8	0	8	100,00
	186	0	186	100,00

SE020615LL_LL vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	12	69	81	14,81
Sport	0	4	4	0,00
Impulsivität	8	49	57	14,04
Struktur	8	26	34	23,53
Diagnose	0	7	7	0,00
	28	155	183	15,30

SE020615LL_LL nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht- Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	102	0	102	100,00
Sport	4	0	4	100,00
Impulsivität	62	0	62	100,00
Struktur	26	0	26	100,00
Diagnose	6	0	6	100,00
	200	0	200	100,00

SH081015JP_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	6	12	18	33,33
Sport	6	3	9	66,67
Impulsivität	10	18	28	35,71
Struktur	10	3	13	76,92
Diagnose	6	3	9	66,67
	38	39	77	49,35

SH081015JP_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	28	0	28	100,00
Sport	10	0	10	100,00
Impulsivität	36	0	36	100,00
Struktur	12	0	12	100,00
Diagnose	10	0	10	100,00
	96	0	96	100,00

TZ111215LL_JP vorher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	4	53	57	7,02
Sport	2	2	4	50,00
Impulsivität	8	22	30	26,67
Struktur	0	9	9	0,00
Diagnose	2	5	7	28,57
	16	91	107	14,95

TZ111215LL_JP nachher

Code	Übereinstimmung	Nicht-Übereinstimmung	Gesamt	Prozentual
Strategie	112	0	112	100,00
Sport	6	0	6	100,00
Impulsivität	38	0	38	100,00
Struktur	14	0	14	100,00
Diagnose	10	0	10	100,00
	180	0	180	100,00

Für die Interviews **DZ_Tele161015LL_JP** und **CH230715LL_LL** war die Bestimmung der Inter-coder-Übereinstimmung mit dem Programm MAXQDA aus technischen Gründen nicht möglich. Deswegen liegen hierzu keine Tabellen vor.

Anhang K

Fragebogen zu familiären Aktivitäten

Bitte bearbeiten Sie alle Fragen, auch wenn viele der Fragen ähnlich klingen.

Unten ist eine Liste von regelmäßigen Abläufen (Routinen), die in vielen Familien vorkommen. Nach jeder Aussage ist eine Beurteilungsskala. Bitte geben Sie an, wie oft die jeweilige Routine in Ihrer Familie vorkommt, indem Sie die Zahlen von 0 (fast nie) bis 3 (immer) benutzen.

Ist das eine Routine in Ihrer Familie?	3 = immer/jeden Tag 2 = 3-5 mal pro Woche 1 = 1-2 mal pro Woche 0 = fast nie			
1. Es gibt bestimmte Dinge, die die Eltern jeden Morgen tun, während sie sich fertig machen um den Tag zu beginnen.	0	1	2	3
2. Die ganze Familie isst beinahe jeden Abend gemeinsam Abendessen.	0	1	2	3
3. Die Kinder helfen regelmäßig bei der Hausarbeit.	0	1	2	3
4. Die Kinder machen jeden Morgen sobald sie aufwachen die gleichen Dinge.	0	1	2	3
5. Die Kinder machen ihre Hausaufgaben jeden Tag zur gleichen Zeit.	0	1	2	3
6. Die Eltern haben jeden Tag etwas Zeit um sich nur mit ihren Kindern zu unterhalten	0	1	2	3
7. Eltern und Kinder spielen jeden Tag für eine Weile miteinander.	0	1	2	3
8. Die Kinder gehen fast jeden Abend um die gleiche Zeit ins Bett.	0	1	2	3
9. Die Familienmitglieder sagen einander Bescheid wenn jemand geht oder nach Hause kommt.	0	1	2	3
10. Das/die arbeitende/n Elternteil/e kommt/kommen jeden Tag zur gleichen Zeit von der Arbeit nach Hause.	0	1	2	3
11. Die Kinder nehmen an regelmäßigen Aktivitäten nach der Schule teil.	0	1	2	3
12. Die Eltern lesen oder erzählen den Kindern beinahe jeden Tag Geschichten.	0	1	2	3
13. Das/die arbeitende/n Elternteil/e hat/haben eine regelmäßige Spielzeit mit den Kindern nachdem es von der Arbeit nach Hause kommt.	0	1	2	3
14. Die Kinder haben besondere Dinge, die sie jeden Abend zur Schlafenszeit tun oder nach denen sie fragen (z.B. eine Geschichte, einen Gutenachtkuss, ein Glas Wasser).	0	1	2	3

15. Zumindest ein Teil der Familie frühstückt beinahe jeden Morgen gemeinsam.	0	1	2	3
16. Die Familie isst jeden Abend zur gleichen Zeit.	0	1	2	3
17. Die Familie hat eine „stille Zeit“ jeden Abend, in der jeder leise spricht oder leise spielt.	0	1	2	3
Ist das eine Routine in Ihrer Familie?	3 = immer/jeden Tag 2 = 3-5 mal pro Woche 1 = 1-2 mal pro Woche 0 = fast nie			
18. Jedes Kind hat jeden Tag einige Zeit um alleine zu spielen.	0	1	2	3
19. Die Familie hat jede Woche eine spezielle „Familienzeit“, in der sie zu Hause gemeinsam etwas macht.	0	1	2	3
20. Die Familie besucht regelmäßig Verwandte.	0	1	2	3
21. Die Familie unternimmt jede Woche gemeinsam etwas Besonderes.	0	1	2	3
22. Mindestens ein Elternteil spricht regelmäßig mit seinen Eltern.	0	1	2	3
23. Die Eltern haben ein bestimmtes Hobby oder Sport, das sie regelmäßig gemeinsam tun.	0	1	2	3
24. Es gibt bestimmte Dinge, die die Eltern beinahe immer tun, wenn die Kinder sich schlecht benehmen.	0	1	2	3